



**Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires
en Sciences de la Santé et de l'Éducation
(IFRISSSE)**

**Autorisation N°2015-001793/MESS/SG/DGESR/DIESPr
09 BP 311 Ouagadougou 09 - Burkina Faso
www.ifris-bf.org**

Tel: (+226) 25 40 75 41

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE MASTER 2 EN SCIENCES MAÏEUTIQUES
ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION PAR PODA DANIEL**

THÈME DE RECHERCHE

**APPRÉCIATIONS DES AGENTS DE SANTÉ SUR UNE STRATÉGIE DE
RÉTENTION DU PERSONNEL DE SANTÉ DANS LES ZONES RURALES : CAS
DES SAGES-FEMMES DU DISTRICT SANITAIRE DE KONGOUSSI AU
BURKINA FASO**

Sous la Direction de :

Dr SIA DRISSA, MD, Ph.D en Santé Publique

Email : drissa.sia@uqo.ca

et la Codirection de :

Dr SOUBEIGA DIEUDONNÉ, Ph.D en Epidémiologie

Email : dieudsoub1@yahoo.fr

Évalué par un jury composé de :

Dr BASSOLÉ ALEXIS, Président du jury

Dr SAWADOGO NATHALIE, membre du jury et rapporteure

ANNÉE ACADÉMIQUE 2016-2017

REMERCIEMENTS

Au terme de la rédaction de notre document, nous saisissons l'opportunité pour traduire toute notre reconnaissance, notre gratitude et nos remerciements les plus sincères à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué au couronnement de nos deux années de durs labeurs par ce présent mémoire. Nous adressons ces remerciements particulièrement :

À Monsieur le directeur de l'institut pour sa clairvoyance pour l'ouverture de la formation en Master 2 en sciences infirmières et en sciences maïeutiques et santé de la reproduction au Burkina Faso.

Au Dr SIA Drissa et au Dr SOUBEIGA Dieudonné, directeur et co-directeur de notre recherche, pour leur guidance rigoureuse, leur engagement et leur disponibilité à nous encadrer tout au long de notre travail. Nous apprécions à sa juste valeur leur professionnalisme, leur humanisme et leur sens de travail bien fait.

Au corps professoral et aux encadreurs de l'institut, qui n'ont ménagé aucun effort pour nous supporter pendant ces deux années académiques, nous leur en sommes infiniment reconnaissants.

À Monsieur NANA N. Gustave pour son accompagnement tout au long de la rédaction dudit mémoire, nous le remercions grandement.

À tous nos collègues étudiants de la première promotion de l'IFRIS avec qui nous avons partagé nos joies et peines durant ces deux années ainsi que les soubresauts liés à nos conditions d'apprentissage, trouvez en ce mémoire des encouragements pour les échéances futures.

À nos sœurs, à nos frères et à notre très chère mère, pour leurs soutiens multiformes et constants.

À notre épouse Juliette et à nos trois merveilleux enfants Astrid, Jenny et Precious, ils ont supporté nos longues absences, notre manque d'attention à certains moments où ils avaient le plus besoin de nous et tous les préjudices que nous avons pu leur faire subir au cours de cette période, que ce mémoire soit leur récompense.

DÉDICACE

*À notre très chère épouse KANYALA Juliette, elle qui sans répit,
nous a toujours accompagné et encouragé !*

TABLE DE MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
DÉDICACE.....	II
TABLE DE MATIÈRES.....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS.....	VII
ANNEXES.....	IX
RÉSUMÉ.....	X
SUMMARY.....	XI
INTRODUCTION.....	1
I. PROBLÉMATIQUE.....	3
II. RECENSION DES ÉCRITS.....	7
2.1 Le financement basé sur les résultats (FBR).....	7
2.2 Rétention des professionnels de santé.....	15
2.3 Recension d'écrits sur l'efficacité des stratégies de rétention..	15
III. CADRE CONCEPTUEL.....	24
IV. MÉTHODOLOGIE.....	28
4.1 Cadre d'étude.....	28
4.2 Type d'étude.....	34
4.3 Population de l'étude.....	35
4.4 Sources de données.....	35
4.5 Méthodes d'échantillonnage.....	35
4.6 Techniques et outils de collecte des données.....	36
4.7 Déroulement de la collecte des données.....	37
4.8 Traitement et analyse des données.....	38

4.9 Difficultés rencontrées.....	42
4.10 Les considérations éthiques.....	42
4.11 Limites et forces de l'étude.....	43
V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	45
5.1 Profil sociodémographique et professionnel.....	45
5.2 Résultats de l'analyse descriptive des données.....	47
VI. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	83
6.1 Discussion des résultats.....	83
6.2 Vérification des hypothèses.....	91
6.3 Conflit d'intérêt.....	92
6.4 Retombées de l'étude.....	92
CONCLUSION.....	94
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	97
ANNEXES.....	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du personnel de santé entre le milieu urbain et le milieu rural du district sanitaire de Kongoussi.....	32
Tableau II : Thèmes et sous-thèmes ayant émergé de l'analyse des données.....	39
Tableau III : Processus de codification menant à la réduction des données.....	40
Tableau IV : Profil sociodémographique et professionnel des participantes.....	46
Tableau V : Fréquence des discours par rapport aux catégories et thèmes.....	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma du cadre conceptuel.....	27
Figure 2 : Carte géographique du district sanitaire de Kongoussi.....	30

LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AA : Accoucheuse auxiliaire

AB : Accoucheuse brevetée

ACV : Agence de contractualisation et de vérification

ASSOG : Attaché de santé en soins obstétricaux et gynécologiques

BF : Burkina Faso

BM : Banque mondiale

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

COGES : Comité de gestion

DGESS : Direction générale des études et des statistiques sectorielles

DMEG : Dépôt de médicaments essentiels génériques

DRH : Direction des ressources humaines

DRS : Direction régionale de la santé

DS : District sanitaire

DSK : District sanitaire de Kongoussi

ECD : Équipe cadre du district

ENSP : Ecole nationale de la santé publique

FBR : Financement basé sur les résultats

FBP : Financement basé sur la performance

FS : Formation sanitaire

IB : Infirmier breveté

IDE : Infirmier d'État

MCD : Médecin chef du district

ME : Maïeuticien d'État

ODD : Objectif de développement durable

OMD : Objectif du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

OOAS : Organisation ouest-africaine de la santé

PADS : Programme d'appui au développement sanitaire

PAP : Plan d'amélioration de la performance

PTF : Partenaire technique et financier

RHS : Ressource humaine en santé

SFE : Sage-femme

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

ST_FBR : Structure technique du financement basé sur les résultats

WHO: World Health Organization

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation du Comité d'Éthique de la Recherche en Santé (CERS).....	106
Annexe 2 : Autorisation d'enquête de la direction régionale de la santé (DRS) du Centre-nord.....	108
Annexe 3 : Note d'information du participant.....	109
Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé.....	113
Annexe 5 : Guide d'entretien semi-structuré.....	117

RÉSUMÉ

La problématique du recrutement et de la rétention des professionnels de santé en général et des sages-femmes (SFE) en particulier, se pose avec acuité à l'échelle mondiale. Le Burkina Faso n'étant donc pas en reste, a mis en œuvre plusieurs stratégies dont le financement basé sur les résultats (FBR) en 2013.

Après trois années de mise en œuvre, il est opportun de mener cette étude pour décrire les appréciations des SFE du district sanitaire de Kongoussi (DSK) sur le FBR comme stratégie de rétention du personnel de santé en milieu rural. Pour ce faire, nous avons opté pour une étude de cas unique dont l'échantillon est composé de quinze (15) SFE travaillant dans le DSK. La technique de collecte des données utilisée était l'entretien semi-structuré, et l'enquête s'est déroulée du 12 juin 2017 au 16 juin 2017.

Les résultats ont montré que les SFE sont insatisfaites des salaires et des indemnités qui leur sont octroyés pour le service en milieu rural. Par contre, les subsides du FBR constituent une source de motivation qui contribue à les retenir en milieu rural malgré leur désapprobation sur la clé de répartition de ces subsides (30% reversé à la motivation du personnel et 70% pour les investissements des formations sanitaires). Aussi, les conditions de travail, de vie et d'éducation des enfants ont été jugées peu satisfaisantes mais elles ne constituent pas un motif de départ des SFE du milieu rural.

En conclusion, nous retenons que les stratégies de résolution de cette problématique de recrutement, de déploiement et de rétention des sages-femmes dans les zones rurales ou éloignées doivent être contextuelles et multidimensionnelles incluant les incitations financières et les incitations non financières pour être plus efficaces.

Mots clés : rétention/fidélisation, sage-femme, incitations financières et non financières, financement basé sur les résultats (FBR).

SUMMARY

The problem of recruitment and retention of health professionals in general and that of midwives in particular, is becoming acute on a global scale. As a result, Burkina Faso has implemented several strategies, including results-based financing (RBF) in 2013.

After three years of implementation, it was appropriate to conduct this study to describe the assessments of midwives in the Kongoussi Health District (KHD) on the results-based financing (RBF) as a retention strategy for rural health workers.

We opted for a single case study with a sample of fifteen (15) midwives working in the KHD. The semi-structured interview was used as a data collection technique, and the survey was conducted from June 12, 2017 to June 16, 2017.

The results showed that midwives are dissatisfied with the wages and allowances they receive for rural service. On the other hand, the RBF subsidies constitute a source of motivation which helps to retain them in rural areas despite their disapproval of the key distribution of these subsidies (30% devoted to staff motivation and 70% to health facilities investments). Also, working conditions, life and education of the children were considered unsatisfactory but they do not constitute a ground for the midwives departure from the rural environment.

We conclude that strategies for solving this problem of recruitment, deployment and retention of midwives in rural and remote areas, need to be contextual and multidimensional, including financial incentives and non-financial incentives to be more effective.

Keywords: retention / loyalty, midwifery, financial and non-financial incentives, results-based financing (RBF).

INTRODUCTION

La gestion des ressources humaines en santé (RHS) reste une des préoccupations majeures pour les ministères en charge de la santé aussi bien dans les pays développés que ceux en développement depuis bien de décennies. En effet, comme l'affirment Chen et al. (Cités par Mba R.M., Messi F. & Ongolo-Zogo P., 2011, p. 5) , « *le recrutement et le maintien en poste des personnels soignants pour la garantie d'une offre de services et de soins de santé de qualité dans les zones enclavées se posent avec acuité à travers le monde* ». Aussi la mauvaise répartition des professionnels de la santé entre les zones urbaines et les zones rurales demeure une préoccupation dans pratiquement tous les pays (WHO, 2010; Scheewe S., Dieleman M., Millogo JJ. & Traore A., 2013).

Face à cette situation, le Burkina Faso à l'instar de certains pays en développement, a mis en œuvre la stratégie du financement basé sur les résultats (FBR). Cette stratégie vise à améliorer la qualité des services et des soins de santé et à assurer la rétention du personnel de santé dans les zones rurales à travers des incitations financières (Ministère de la Santé, 2013). C'est ainsi qu'après trois années de mise en œuvre, nous avons entrepris de réaliser la présente étude qui vise à décrire les appréciations des sages-femmes sur le FBR comme stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées du Burkina Faso.

Cette étude est d'un intérêt capital car, en plus des résultats probants des recherches antérieures dans ce domaine, elle contribue à : i) identifier d'autres stratégies et types d'incitations pouvant améliorer les conditions de vie et de travail des sages-femmes (SFE) dans les zones rurales afin de les y retenir; ii) aider les décideurs et les gestionnaires de santé à améliorer la gestion des RHS en général et celle des SFE en particulier à travers un recrutement judicieux et une répartition équitable de ce personnel de santé. Ce déploiement équitable permet en effet, de rendre disponible et accessible des soins de qualité à toute la population.

Trois raisons principales justifient la présente étude :

Premièrement, cette étude rentre dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de Master 2 en Sciences Maïeutiques et en Santé de la Reproduction.

Deuxièmement, nous avons été membre de l'équipe cadre du district sanitaire (ECD) de Kongoussi dans laquelle nous avons occupé le poste de responsable des soins infirmiers et obstétricaux (SIO). Pendant cette mission, nous avons été confrontés à des décès maternel et

néonatal évitables pour la plupart, aux conclusions des audits de décès que nous avons commandités entre 2012 et 2015. L'un des principaux facteurs incriminés était l'insuffisance dans la prise en charge des cas par des prestataires qui en majorité étaient des accoucheuses auxiliaires et des agents itinérants de santé¹. La prise en charge de ces cas par ces professionnels est principalement due à l'effectif limité des SFE et à leur mauvaise répartition dans le district. En effet, seulement moins du 1/3 des CSPP (30,77%) disposaient de SFE tandis que l'hôpital de district et le CSPP urbain comptaient 60,60 % de l'effectif total (33 SFE) pour moins de 10% de la population totale du district. Aussi, le ratio du DSK était de 1 SFE pour 12 675 habitants en 2015 (District Sanitaire de Kongoussi, 2017). C'est ainsi que l'ECD a entrepris en 2013 à la faveur du FBR, de redéployer les SFE dans les maternités des chefs-lieux de commune et dans certaines formations sanitaires à forte population.

Troisièmement, nous voulons apporter notre modeste contribution au développement de la discipline des sciences infirmières et maïeutiques par la production de résultats probants.

Ce présent document s'articule autour des points suivants :

- l'énoncé du problème en lien avec la santé publique
- la recension des écrits sur le sujet
- le cadre conceptuel autour duquel est bâtie notre recherche
- la méthodologie de l'étude
- les résultats issus de l'étude
- et enfin la discussion des principaux résultats.

¹ Les accoucheuses auxiliaires sont considérées au Burkina Faso comme des agents qualifiés pour dispenser les soins essentiels (soins prénatals recentrés, accouchements eutociques, soins post-natals normaux, prestations de la planification familiale, l'éducation sanitaire et les soins essentiels aux nouveau-nés) au couple mère-enfant alors que les agents itinérants de santé n'en sont pas un. Mais l'insuffisance de personnels qualifiés oblige les responsables des districts sanitaires à les autoriser à prodiguer les soins prénatals, obstétricaux et néonataux.

I. PROBLÉMATIQUE

- **Enoncé du problème**

La moitié de la population mondiale vit en milieu rural alors que plus de 76% des médecins et 62% des infirmiers travaillent en ville; ce qui n'est pas sans conséquence sur la morbidité et la mortalité élevées dans ces zones défavorisées (WHO, 2010).

Cette mauvaise répartition du personnel de santé empêche l'accès équitable aux services de santé contribuant ainsi à une augmentation du coût des soins de santé et une sous-utilisation des compétences des professionnels de la santé dans les zones urbaines et, par conséquent un obstacle à la mise en place d'une couverture maladie universelle [*Traduction libre*] (Buchan et al., 2013, p. 834).

Face à cette réalité, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait des recommandations ciblant principalement : i) le domaine de la formation, avec des politiques de recrutement des étudiants issus des zones rurales, des écoles de formations dans les zones rurales et l'adaptation des programmes de formation en mettant un accent sur la santé communautaire; ii) la réglementation des champs de pratique élargis dans les zones rurales ou reculées, le service obligatoire dans ces zones assorti de mesures incitatives et de soutiens appropriés; iii) la motivation du personnel par des incitations financières viables au plan budgétaire, suffisantes pour compenser les coûts d'opportunité associés au travail en zone rurale et iv) le soutien personnel et professionnel consistant à améliorer les conditions de vie professionnelle et familiale des personnels de santé et investir dans les infrastructures et les services sociaux de base et assurer leurs promotions au niveau local (WHO, 2010). Toutes ces différentes stratégies ont montré des effets positifs surtout dans le recrutement et le déploiement dans les zones rurales de plusieurs pays à travers le monde mais des évaluations n'ont pas été faites pour apprécier l'efficacité sur le long terme dans la plupart de ces pays (Dussault & Franceschini, 2006; Grobler et al., 2009; Dolea, Stormont, & Braichet, 2010; Morell, Kiem, Millsted, & Pollice, 2014).

En 1999 au Burkina Faso, les villes de Bobo Dioulasso et de Ouagadougou comptaient à elles seules 57,3% des sages-femmes² (SFE) pour 10% de la population totale du pays (Ministère de la Santé, 2014). Pour améliorer cette mauvaise répartition et l'insuffisance du personnel de santé de façon générale, le Burkina Faso en plus du recrutement traditionnel de la fonction publique, a mis en œuvre depuis 2002 une politique de recrutement et de rétention du personnel dite « *politique de recrutement régionalisé du personnel* » (Kouanda et al.,

² Nous utilisons le terme « Sage-femme » tout au long du document mais il désigne également les maïeuticiens d'Etat.

2014). La combinaison des concours directs et professionnels et du « recrutement régionalisé » a fait passer l'effectif des sages-femmes de 441 en 2003 avec un ratio de 1 SFE pour 28163 habitants à 2374 en 2015 pour un ratio de 1 SFE pour 7743 habitants. Mais derrière ce ratio qui semble acceptable, se cache une mauvaise répartition de ces professionnels de santé avec une pénurie dans les zones rurales ou éloignées du pays. Aussi, ces sages-femmes sont plus enclines à travailler dans les hôpitaux de district que dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) jusqu'à un passé récent, en adéquation avec l'organisation des soins dans le système de santé du Burkina Faso (Ministère de la Santé, 2015b).

En effet, en 2015 les deux principales villes du Burkina Faso (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) en comptaient à elles seules 34,51%, et en plus des autres villes du pays, elles regroupaient dans leur ensemble environ 50 % de toutes les sages-femmes pour 25 % de la population totale du pays (Bärnighausen & Bloom, 2009; Ministère de la Santé, 2014, 2015a). Selon le Ministère de la Santé, les régions de l'Est, du Sahel, de la Boucle du Mouhoun et du Centre-nord sont les plus durement touchées avec un ratio de 1 SFE pour 15656 habitants. Le ratio du district sanitaire de Kongoussi était de 1 SFE pour 12 675 habitants en 2015 (District Sanitaire de Kongoussi, 2017). Cette pénurie est aggravée par le départ annuel d'environ 5% des SFE dans les organismes non gouvernementaux (ONG) nationaux et internationaux (Ministère de la Santé, 2011; Scheewe S., Dieleman M., Millogo JJ. & Traore A., 2013). Aussi, certains agents pour quitter les zones rurales ou éloignées, rejoignent soit l'Hôpital National Blaise Compaoré (HBC) dans la capitale, qui est un hôpital à statut particulier, soit des organismes non gouvernementaux (ONG) communément appelés « projets » intervenant en milieu urbain, par le biais d'un test de sélection. D'autres par contre, pour des motifs généralement d'ordre financier, préfèrent aller dans les ONG intervenant dans les zones rurales ou ceux travaillant dans le domaine humanitaire. L'immigration vers certains pays occidentaux surtout en Amérique du Nord (USA, Canada) et dans les ONG internationales dans la sous-région africaine, est un phénomène qui prend de l'ampleur (Scheewe S., Dieleman M., Millogo JJ. & Traore A., 2013).

Cette situation de désertion des zones rurales reste donc préoccupante car « *cette politique de recrutement régionalisée a été limitée par l'absence de lignes directrices écrites et par le fait qu'il n'y a été associé aucun incitatif financier ou non ; ce qui pose le problème de sa viabilité à long terme* » [Traduction libre] (Kouanda et al., 2014, p. 2). En effet, depuis 2014, à la faveur de plaidoyers, les fonctionnaires régionaux peuvent bénéficier d'une affectation après six (06) années passées dans une région donnée ou par le biais d'un concours

professionnel. Cette concession a occasionné un flux massif des travailleurs les plus expérimentés vers les grandes villes. Face à ces difficultés, le Burkina Faso a donc implémenté dans quinze (15) districts sanitaires et quatre (04) centres hospitaliers régionaux (CHR) la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats (Ministère de la Santé, 2013). C'est « *une stratégie qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle, et consiste au paiement de ressources financières incitatives basé sur la performance des prestataires* » (ibid. 2013, p. 14). Ces incitations financières occupent une place de choix en tant que stratégie pour améliorer la qualité des soins et pour fidéliser les agents de santé, selon les expériences de plusieurs pays (Henderson & Tulloch, 2008; WHO, 2010; Zurn, Codjia, Sall, & Braichet, 2010).

La fin des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015 s'est caractérisée par un bilan mitigé particulièrement pour les pays de l'Afrique Subsaharienne où les mortalités maternelles demeurent élevées, en témoigne celle du Burkina Faso (BF) qui est à 330 pour 100 000 naissances vivantes (Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), 2015). Quant aux Objectifs du Développement Durable (ODD 3.1 & 3.2) concernant la réduction des taux mondiaux des mortalités maternelle et néonatale en dessous respectivement de 70 pour 100 000 naissances vivantes et 12 pour 1000 naissances vivantes d'ici à 2030, les Nations Unies ont recommandé d'accroître considérablement les budgets alloués à la santé (15% du budget national) en l'occurrence dans les pays en développement où ils sont dérisoires. Les pays doivent également mettre un accent particulier dans le domaine du développement des ressources humaines en santé par le recrutement, la formation, le perfectionnement, le déploiement et le maintien en poste du personnel de santé qualifié afin de rendre accessible des soins de qualité à toutes leurs populations (ONU, 2015). Alors que pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, il est évident que les professionnels sages-femmes sont au cœur de toutes les interventions afférentes à cette lutte du fait qu'elles soient qualifiées et compétentes pour prodiguer les soins prénatals, obstétricaux, postnatals et néonatals de qualité au couple mère-enfant. Elles assurent aussi les soins d'urgences et surtout le dépistage précoce d'éventuelles complications susceptibles de survenir à n'importe quel moment de la grossesse et de l'accouchement et d'en assurer la prise en charge efficace ou de référer dans les plus brefs délais à l'échelon supérieur (WHO, 2009, 2010).

Cette nécessité absolue interpelle donc les décideurs politico-sanitaires à renforcer les stratégies pour recruter, déployer et retenir les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat là où les populations en ont le plus besoin, à savoir en milieu rural.

- **Question de recherche**

Cette étude répond à la question de savoir quelles sont les appréciations des sages-femmes sur le financement basé sur les résultats (FBR) comme stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées du Burkina Faso ?

- **But**

Notre étude a pour but de contribuer à l'amélioration de la stratégie de rétention des sages-femmes dans les zones sanitaires rurales ou éloignées du Burkina Faso.

- **Objectif général**

L'objectif général de l'étude est de décrire les appréciations des sages-femmes sur le financement basé sur les résultats (FBR) comme stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones sanitaires rurales ou éloignées.

- **Objectifs spécifiques**

L'étude vise à :

- i) apprécier le niveau de satisfaction des sages-femmes sur les incitations financières octroyées (Salaires, indemnités et subsides du FBR) pour le service en milieu rural ;
- ii) apprécier l'influence de ces incitations financières sur l'intention des sages-femmes de rester dans les zones rurales ou éloignées;
- iii) apprécier l'influence des conditions de vie et de travail dans le contexte du FBR sur l'intention des sages-femmes de rester dans les zones rurales ou éloignées.

- **Propositions théoriques**

- i) Les incitations financières octroyées (Salaires, indemnités et subsides du FBR) pour le service en milieu rural satisfont peu les sages-femmes;
- ii) Ces incitations financières influencent peu les sages-femmes à rester dans les zones rurales ou éloignées;
- iii) Les conditions de vie et de travail dans le contexte du FBR influencent fortement les sages-femmes à rester dans les zones rurales ou éloignées.

II. RECENSION DES ÉCRITS

La revue littéraire a permis de faire une synthèse des écrits sur les concepts rétention du personnel de santé et le financement basé sur les résultats (FBR). La première partie de ce chapitre présente la stratégie FBR et elle s'articule autour de la définition de quelques concepts dont le celui du FBR et ses objectifs, le rappel sur l'historique du FBR, son historique au Burkina Faso, les mécanismes de financement du FBR et la méthode de vérification des résultats dans le cadre du FBR. Une deuxième partie aborde le volet « rétention du personnel de santé » et fait un état des lieux des écrits sur l'efficacité des politiques et des stratégies de rétention du personnel de santé à travers le monde.

- **Définitions du concept « sage-femme ou maïeuticien »**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la sage-femme ou le maïeuticien³ comme « *une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme* »⁴.

2.1 Financement Basé sur les Résultats (FBR)

2.1.1 Définition et objectifs

Le financement basé sur les résultats (FBR) est le synonyme à quelques exceptions près d'autres types de financements qui sont entre autres, le paiement selon la performance (P4P), le financement basé sur la production (FBP), l'incitation basée sur la performance (IBP), le financement basé sur la performance (FBP), le paiement basé sur la performance (PBP), le financement basé sur le contrat (FBC), les achats basés sur la performance (ABP), le financement basé sur les incitations (FBI), le contrat basé sur les

³ Le maïeuticien est un homme qui pratique la profession de sage-femme. Il est aussi appelé « sage-femme homme ».

⁴ Une sage-femme doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période postpartum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise (OMS).

résultats (CBR), le financement basé sur les extrants outputs (FBO) etc. (Ministère de la Santé, 2013).

Dans le contexte du Burkina Faso, le FBR se définit comme « *une approche du système de santé axée sur les résultats, qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle* » (ibid. 2013, p. 14). Selon Le Projet AIDSTAR-Two. (2011), c'est : « *un outil puissant d'amélioration de la qualité et la quantité des services de soins de santé qui offre aux prestataires des mesures incitatives pour améliorer la performance et obtenir des résultats* ». En effet, il peut améliorer l'accès et la qualité des services de soins de santé, stabiliser ou diminuer les coûts de ces services, favoriser l'utilisation efficace de ressources limitées et améliorer la motivation et le moral du personnel, stimulant efficace de maintien des effectifs. Il consiste à un transfert d'argent ou de biens matériels d'un organisme de financement ou autre soutien à un bénéficiaire, basé sur la condition que celui-ci entreprenne une action mesurable ou atteigne une cible de performance prédéterminée.

L'objectif général du FBR est de contribuer à améliorer la performance du système de santé et spécifiquement de :

- ✓ augmenter l'utilisation des services de santé par la population en général et par les groupes vulnérables en particulier
- ✓ améliorer la qualité des soins et services de santé
- ✓ accroître l'efficacité du système de santé
- ✓ assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé
- ✓ renforcer la motivation du personnel
- ✓ améliorer la participation communautaire
- ✓ renforcer le système d'information sanitaire
- ✓ consolider le partenariat public-privé
- ✓ renforcer la gouvernance du système de santé à tous les niveaux (Ministère de la Santé, 2013, p. 18).

2.1.2 Historique du financement basé sur les résultats (FBR) dans les pays à revenu faible et moyen dans le monde

Selon Soeters et Nzala (Cités par Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. 2014, p. 4), le FBR dans les pays à revenu faible et moyen remonte au début des années 1990 par l'introduction du secteur privé dans la prestation de soins de santé primaire. Cette intervention

qui s'est déroulée à la fin des années 1980, voulait introduire le cofinancement des soins de santé primaire dans la province ouest de la Zambie, dans un contexte où les services de santé étaient encore détenus et gérés par le secteur public uniquement.

Le Cambodge a entrepris la réforme de son système de santé primaire en 2009 par l'introduction du FBP en vue de motiver le personnel de santé. Mais auparavant, depuis 1990, il avait déjà essayé différents types de FBP (Khim, 2016).

Selon Loevinsohn et Sayed, Arur et al., et Eichler et al. (Cités par Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. 2014), l'Afghanistan et Haïti ont implémenté à l'échelle nationale le PBC (contrat de performance) comme stratégie nationale pour la prestation des soins de santé depuis 2003. Sur la base de l'expérience du Cambodge, le Rwanda a emboîté le pas depuis 2002 (Meessen, Kashala, & Musango, 2007; Kalk, Paul, & Grabosch, 2010). Le développement d'approches similaires en République Démocratique du Congo (RDC) et au Burundi, à partir de 2006, a également été renforcé (Soeters R., Peerenboom PB., Mushagalusa P. & Kimanuka C., 2011).

À partir de 2006, ce mouvement s'est vulgarisé et des approches similaires se sont développées en République Démocratique du Congo et au Burundi. Le Cameroun a initié en 2008 une phase pilote, de même que l'Indonésie en 2009 sur l'île de Florès. La même année, la République centrafricaine mettait en œuvre une initiative pilote dans une seule préfecture qui a été ensuite étendue à six autres préfectures depuis janvier 2010. Le Rwanda (2006), le Burundi (2010), et la Sierra Leone (2011) ont étendu le FBP à l'échelle nationale. En 2013, des programmes et projets additionnels de FBP sont planifiés et mis en œuvre dans de nombreux pays, notamment en Afghanistan, au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Tchad, à Djibouti, au Gabon, en Gambie, au Kenya, en République Kirghize, en République démocratique populaire du Laos, au Lesotho, au Libéria, au Mozambique, au Nigéria, au Sénégal, au Sud Soudan, au Tadjikistan, en Tanzanie, au Vietnam, en Zambie, à Zanzibar (Tanzanie), et au Zimbabwe (Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. 2014).

Le FBR connaît actuellement une extension fulgurante à travers le monde et particulièrement en Afrique. Et sur la base du contexte spécifique d'un pays et des priorités du secteur de la santé, la Banque Mondiale soutient la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de financement axés sur les résultats (ibid. 2014).

2.1.3 Historique du FBR au Burkina Faso

Le financement des activités de santé du Burkina Faso, basé sur le modèle classique de type input (intrants) où les structures de soins reçoivent tous les intrants nécessaires pour leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats, a montré des limites et des insuffisances. En effet, les soins dispensés aux populations sont de qualité peu satisfaisante caractérisée par une insuffisance dans l'accessibilité géographique et financière, une insuffisance de disponibilité de ces soins et aussi des insuffisances dans la gestion des services de santé. Confronté donc à la rareté des ressources financières, aux obligations de responsabilité, de transparence, de redevabilité et de résultats exigés par les partenaires techniques et financiers (PTF) ainsi que dans l'optique d'atteindre les OMD 4 et 5, le Burkina Faso a adopté de nouvelles stratégies. Le FBR en est une qui soit en adéquation avec les recommandations de l'OMS pour améliorer la qualité des soins en assurant le recrutement, la répartition équitable des agents de santé selon les régions et leur rétention dans les zones rurales ou éloignées (WHO, 2011; Ministère de la Santé, 2013).

La mise en œuvre du FBR dans plusieurs pays en développement a permis d'améliorer de façon importante leurs indicateurs de santé⁵ et c'est fort de ces résultats probants et encourageants qu'en 2011, le Burkina Faso a entrepris la phase pilote dans trois districts sanitaires (Titao, Leo, Boulsa). Les résultats de cette phase pilote ont conclu que le FBR tel que mis en œuvre montrait de réelles tendances encourageantes, mais comportait également des aspects à améliorer. Il s'est donc avéré nécessaire de réviser le guide national de mise en œuvre du FBR en vue de prendre en compte non seulement les propositions d'amélioration formulées par les différentes évaluations, mais aussi de tenir compte des nouvelles structures concernées par la deuxième phase qui est l'extension du projet (Ministère de la Santé, 2013).

En effet, depuis décembre 2013, il est donc implémenté dans quinze (15) districts sanitaires dont Batié, Boulsa, Diébougou, Gourcy, Léo, Kaya, Kongoussi, Koudougou, Nouna, Ouahigouya, Ouargaye, Sapouy, Solenzo, Titao et Tenkodogo ainsi que dans quatre (04) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) : Kaya, Koudougou, Ouahigouya et Tenkodogo

⁵ Le FBR, expérimenté dans plusieurs pays en développement tels le Cambodge, le Rwanda, le Burundi, le Cameroun, la RDC, le Bénin etc., a permis d'améliorer substantiellement leurs indicateurs de santé (Jurien Toonen, Ann Canavan, Petra Vergeer and Riku Elovainio, 2009; Olivier Byaruhanga Ngbape, 2011; Soeters R., Peerenboom PB., Mushagalusa P. & Kimanuka C., 2011; Bonfrer, Van de Poel, & Van Doorslaer, 2014; Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B., 2014). Selon une étude de la Banque mondiale, le FBR a été introduit dans plus de 30 pays africains dans le secteur de la santé avec l'objectif d'améliorer la performance des services de santé (Fritsche, G., Soeters, R., Meessen, B., 2014).

dans six régions sanitaires du pays. Le partenaire financier du Ministère de la Santé du Burkina Faso dans la mise en œuvre du FBR est la Banque Mondiale (ibid. 2013).

2.1.4 Mécanismes du financement basé sur les résultats (FBR)

Les incitations financières peuvent être de mécanismes différents selon les contextes, en témoignent leurs appellations. Mais elles ont presque la même finalité, celle d'améliorer la qualité des soins et de les rendre équitablement accessibles à toutes les populations par le recrutement et le maintien des agents de santé compétents dans les zones rurales ou éloignées. Dans le contexte du financement basé sur les résultats (FBR), la stratégie est matérialisée par un contrat de performance qui stipule que des ressources financières seront reversées aux prestataires au regard de la quantité et de la qualité des prestations fournies sur la base d'indicateurs définis préalablement et du respect des normes et standards de qualité des services et des soins. Cela implique que les structures soient considérées comme des organisations plus ou moins autonomes qui réalisent un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les agences de contractualisation et de vérification, les financeurs et le renforcement de la voix de la population. En effet, ce contrat de performance stipule que des ressources financières seront attribuées aux différents acteurs et structures à différent niveau de responsabilité, en fonction de la quantité et de la qualité des activités réalisées sur la base d'indicateurs prédéfinis, conformément avec aux normes et standards de qualité des services et des missions assignées (Ministère de la Santé, 2013).

La Banque mondiale, en tant que principal partenaire du Ministère de la santé dans la mise en œuvre du FBR, joue un rôle capital dans l'accompagnement technique et financier. Cela se fait dans : i) la mobilisation de ressources financières pour la mise en œuvre du FBR ; ii) la mise à disposition du ministère d'experts internationaux ; iii) la supervision des acteurs de terrain de mise en œuvre du FBR ; iv) la participation aux réunions du comité de pilotage du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) (ibid. 2013).

Les autres partenaires multi et bilatéraux [Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Union Européenne (UE), Agence Française pour le Développement (AFD), etc.], ont également un rôle important à jouer dans la mise en œuvre du FBR. Cela se fait à travers leur implication dans : i) l'évaluation de la performance des structures centrales (ST_FBR, PADS) sous contrat ; ii) la mobilisation des ressources financières pour le FBR ;

iii) le suivi de la mise en œuvre du FBR à travers des visites de terrain, les réunions du comité de suivi du FBR au niveau central et les réunions du comité de pilotage du PADS (ibid. 2013).

Quant au fonctionnement du FBR, un comité de suivi du FBR au niveau national est mis en place avec pour mission d'analyser la mise en œuvre du FBR au niveau de chaque région, de préparer les rapports semestriels de mise en œuvre du FBR et de les soumettre au comité de pilotage du PADS qui est l'institution qui paie les subsides de la performance. Sa mise en œuvre dans un nombre important de districts nécessite une bonne coordination au niveau du Ministère de la Santé d'où la création d'un service technique du financement basé sur les résultats (ST_FBR) au sein de la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles (DGESS) dudit ministère. Les rôles de cette ST_FBR sont les suivants: 1) établir et suivre les indicateurs quantitatifs et les critères de qualité FBR en les changeant éventuellement sur la base de l'analyse, des besoins et des moyens disponibles ; 2) développer les contrats et réaliser l'évaluation de la performance des DRS et des Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) régionales en vue d'établir les primes trimestrielles de performance FBR ; 3) organiser semestriellement des ateliers nationaux de suivi et de plaider avec les acteurs principaux de la mise en œuvre du FBR (DRS, ECD, ACV, Directions Centrales du ministère, PTF) ; 4) organiser les contre-vérifications quantitatives et qualitatives sur un échantillon de FS ; 5) effectuer l'analyse des données quantitatives, qualitatives et d'équité ; 6) assurer en collaboration avec la DGESS, le bon fonctionnement du « Cloud computing⁶ » ; 7) prendre les dispositions pour que les factures en provenance des comités de suivi au niveau district soient acheminées dans les meilleurs délais vers le payeur ; 8) assurer la supervision des vérifications aux différents niveaux du système de santé ; 9) organiser les sorties conjointes semestrielles de suivi de la mise en œuvre du FBR ; 10) organiser l'évaluation de la performance de la ST_FBR et du PADS ; appuyer les ECD, DRS et ACV dans la mise en œuvre du FBR ; réaliser des études visant l'amélioration de la mise en œuvre du FBR (Ministère de la Santé, 2013).

Les membres des équipes-cadres de district (ECD), des équipes des directions régionales de la santé, des directions centrales jouent le rôle de régulateur, chargés d'élaborer et veiller au respect des normes et protocoles, au niveau des districts sanitaires (DS), des régions sanitaires et du pays. Ils sont chargés respectivement de l'évaluation de la qualité des soins au niveau des établissements sanitaires de premier contact, de la performance des ECD et de celle des équipes des DRS (Ministère de la Santé, 2013).

⁶ Le « Cloud computing » est une plate-forme informatique de gestion des données sanitaires

Dans chacune des régions concernées par la mise en œuvre du FBR, il est mis en place une agence de contractualisation et de vérification (ACV), chargée entre autres, de (i) négocier et développer les contrats principaux avec les prestataires de la région (structures publiques et privées, du premier échelon, comme structures de référence), (ii) faire le coaching des prestataires dans l'élaboration trimestrielle du Plan d'Amélioration de la Performance (PAP), et l'utilisation mensuelle de l'outil d'indice, (iii) effectuer mensuellement, à travers les vérificateurs médicaux, la vérification des résultats quantitatifs des établissements sanitaires sous contrat et (iv) saisir, à travers le portail FBR, les données d'utilisation des services de santé obtenues lors de la vérification des résultats quantitatifs (ibid. 2013).

Le renforcement de la voix de la population est matérialisé par : (i) l'implication effective des Comités de Gestion (COGES) des FS et des autorités politico-administratives locales dans la gestion des services et soins de santé et (ii) l'évaluation de la qualité des soins perçue par les populations à travers les enquêtes menées dans ce sens par les ACV par le truchement des Organisations à Base Communautaire (OBCE) (ibid. 2013).

Les subsides pour la performance sont destinés à l'amélioration de l'accueil, de l'état des infrastructures, de l'équipement, de la motivation du personnel et au financement de toutes activités opérationnelles de nature à améliorer les performances quantitative et qualitative (ibid. 2013).

Les motivations qui découlent de l'approche FBR ne doivent pas être uniquement des incitations financières. Elles doivent également englobées les caractéristiques telles les valeurs morales, la satisfaction du devoir accompli, l'altruisme, l'attachement à la mission et aux objectifs de santé (ibid. 2013).

La motivation financière, de loin la plus préférée, doit être conséquente pour compenser un tant soit peu, le manque à gagner dû aux coûts d'opportunité (par exemple les frais de loyer pour le conjoint ou les enfants scolarisés en ville) et aux opportunités de pratiquer dans les cliniques privées en ville (WHO, 2010).

Les mécanismes du FBR doivent créer une compétitivité et une concurrence saine et loyale entre les formations sanitaires. L'atteinte des objectifs étant primordiale avec le FBR, les incitations financières vont servir de moyen de stimulation à plus de créativité, d'innovations et des actions de gestion proactive des ressources (Le Projet AIDSTAR-Two, 2011; Ministère de la Santé, 2013; Fritsche G.B., Soeters, R., & Meessen B., 2014). Et comme l'a si bien souligné Le Projet AIDSTAR-Two. (2011, p. 25) :

Les mesures incitatives du FBR incitent le personnel à travailler pour atteindre les objectifs de l'organisme de manière à obtenir une rémunération supplémentaire ou autre récompense motivante. En tout état de cause, les incitations financières et non financières du FBR doivent être suffisamment séduisantes pour modifier le comportement des bénéficiaires potentiels et les motiver à se fidéliser et à prodiguer des soins de meilleure qualité.

Les mesures incitatives financières peuvent concerner directement le personnel de santé ou la structure dans son ensemble, de même que les sanctions en cas de dérives. Dans le cas du Burkina Faso, la gestion des subsides obtenues par les formations sanitaires du 1^{er}, 2nd échelons et les CHR se fait en utilisant « l'outil d'indice ». C'est un outil fondé sur l'utilisation des recettes des formations sanitaires toute source confondue (Recouvrement des coûts, FBR, autres recettes...) et sur la base des dépenses réelles de la formation sanitaire. Cet outil veille à privilégier les rubriques les plus importantes pour une gestion rationnelle du centre de santé : achat des médicaments et autres intrants (qui auraient la plus grande proportion), fonctionnement, investissement, motivation du personnel, fonctionnement du système de référence contre référence, épargne. La répartition de ces ressources obéit à la règle selon laquelle 30% du montant revient au personnel à titre de motivation et les 70% au fonctionnement des structures. Cependant, le prélèvement des 30% pour la motivation du personnel est tributaire de l'équilibre budgétaire, contraignant donc les acteurs à ne rien percevoir les mois déficitaires (Ministère de la Santé, 2013).

2.1.5 Vérification des résultats dans le cadre du FBR au Burkina Faso

Les résultats payés sont des résultats quantitatifs et qualitatifs. Les résultats quantitatifs sont obtenus chaque mois, après la vérification qui consiste à s'assurer de l'exactitude des quantités mentionnées dans le rapport mensuel de l'établissement de santé. Ces résultats donnent droit aux « subsides quantité » qui sont la somme du produit des résultats mensuels de quantités obtenus et du prix de l'acte indexé, selon la catégorie du district sanitaire et de l'établissement de santé. Les résultats qualitatifs quant à eux, sont déterminés par le score de qualité technique de soins obtenus, après la vérification de la qualité, qui consiste à s'assurer, sur la base d'échantillons et d'observation directe, que les prestations fournies répondent aux normes et standards de qualité en vigueur. Elle est réalisée à l'aide d'une grille de vérification de la qualité préétablie, permettant de calculer un score de qualité technique qui donne droit à un bonus qualité, s'il atteint au moins 50%. Cette vérification se fait, après que la vérification de la quantité ait été réalisée. La responsabilité de

l'organisation et de la réalisation de la vérification au niveau des FS de base relève de l'ECD, avec la possibilité d'appui de la DRS (personnel, logistique roulante). Elle est réalisée par une équipe d'évaluateurs, composée d'un (i) médecin généraliste, (ii) d'un attaché de santé en obstétrique ou sage-femme ou maïeuticien d'État, (iii) d'un attaché de santé ou d'un Infirmier diplômé d'État (IDE), (iv) d'un Administrateur des hôpitaux et des services de santé (AHSS) ou Gestionnaire des hôpitaux (GH) ou d'un Adjoint des cadres hospitaliers (ACH) ou Pharmacien ou Préparateur d'État en pharmacie (PEP) (Ministère de la Santé, 2013).

2.2 Réention des professionnels de santé

- **Définition**

Selon Julien Carlier :

Le concept "réention" est emprunté du latin *retinere* qui veut dire arrêter, retenir qui signifie garder en soi, conserver ce que l'on a pour ne pas s'en défaire. Certains auteurs préfèrent le mot "fidélisation", emprunté du monde des entreprises commerciales, car semble-t-il est plus indiqué dans les relations humaines. Venant du mot latin "*fidelis*", c'est le fait de créer une relation fiable, loyale, sure, solide et ferme entre deux parties, d'avoir foi entre ces deux parties ; cette relation finissant par apporter des avantages non négligeables à chacune (Julien Carlier, 2013, p. 20- 21).

La fidélisation du personnel aux systèmes ou à la structure de santé est donc cette relation symbiotique ou de "gagnant-gagnant" permettant à chaque partie prenante de tirer réciproquement profit l'un de l'autre. Les professionnels de santé qui veulent ou qui sont contraints de travailler en zones rurales plus ou moins hostiles, réclament pour ce faire des mesures compensatrices, proportionnelles à la pénibilité des conditions de vie dans ces régions reculées (Lori, Rominski, Gyakobo, et al., 2012; Lori, Rominski, Richardson, et al., 2012). Pour retenir les agents de santé dans ces zones rurales, le FBR devra proposer des mesures incitatives financière et non-financière à même de motiver les professionnels à postuler et à rester dans ces régions pendant plus de cinq ans sans obligation ni contrainte, en dehors d'une promotion professionnelle.

2.3 Recension des écrits sur des stratégies de réention du personnel de santé

Quelle est l'état de la littérature sur les interventions ou stratégies utilisant les mesures incitatives pour influencer le recrutement, le déploiement et la réention des professionnels de santé en général et celle des sages-femmes en particulier dans les zones rurales ou éloignées ? Nous ferons un tour d'horizon de ces écrits pour mieux comprendre l'effet de ces stratégies,

surtout de celles basées sur les incitations financières. Pour ce faire, nous avons recouru à : (i) des moteurs de recherche comme Google scholar, Elsevier, PubMed/Medline, et sites de recherche reconnus pour leur fiabilité par le monde scientifique de la santé (Cochrane, CINAH, Embase®, LILACS...); (ii) des banques de données et des journaux scientifiques (BMC Pregnancy and Childbirth et International Journal of Gynaecology & Obstetrics) ; (iii) et la littérature grise à travers des documents de politiques sanitaire et des services de ressources humaines en santé (RHS) du Burkina Faso [Plan national de développement sanitaire (PNDS), Plan national de développement des ressources humaines (PNDRH)]. Notre stratégie de recherche s'est inspirée des travaux de (Dolea, Stormont, & Braichet, 2010) pour les différentes combinaisons afin de recueillir le maximum de revues traitant de la question. Les mots clés et les combinaisons suivants à l'aide des booléens OR-AND ont été utilisés: «médecins», «infirmières», «sages-femmes», «agents de santé», « professionnel de la santé », « ressources humaines pour la santé », «personnel de santé», en combinaison avec : «rural», «à distance », « mal desservie », « mal distribution », «retention», «recrutement», «stratégie de rétention», «régime de rétention »; « incitation financière », «incitation monétaire », « incitation non financière », « incitation non monétaire », « allocations », « salaires », «service obligatoire », «Pipeline rural », «développement professionnel », «soutien professionnel », «taux d'inoccupation», « motivation », «la satisfaction du patient», «l'utilisation des services», «durée de service», et «évaluation », « impact », « résultat de programme».

Aussi, nous avons utilisé le « FBR » seul ou associé à « rétention ou fidélisation du personnel » ou à « satisfaction du personnel » (Rouleau, et al., 2012). Nous avons également utilisé la stratégie PICOD (Patient Intervention Comparison Outcome Devis. Aucune restriction linguistique n'a été faite lors de la recherche mais la majorité des revues étaient en anglais principalement. Nous avons trouvé une quantité inestimable de revues abordant la problématique de la pénurie et des répartitions géographiques inéquitables en matière de personnel de santé surtout dans les régions rurales, éloignées ou les régions difficiles d'accès. Mais nous avons priorisé celles réalisées dans les pays en développement et en particulier dans les pays africains ainsi que les revues systématiques. Ce choix se justifie par le fait que les réalités socioéconomiques et sanitaires de ces pays aux ressources limitées s'apparentent fortement. Les études sur les préférences ou les choix des agents de santé de pratiquer dans les régions rurales et éloignées ainsi que les réponses formulées des gouvernants à cet effet ont aussi intéressé notre exploration. Nous n'avons pas pu accéder à certains articles et revues en raison des coûts d'accès en ligne.

2.3.1 Les incitations financières

Les incitations financières et non financières sont au cœur des politiques de gestion des ressources humaines et d'amélioration de la qualité des soins. Selon l'OMS (2010), les incitations financières reçoivent actuellement une attention particulière en tant que stratégie pour améliorer la qualité des soins et fidéliser les agents de santé (WHO, 2010; ONU, 2015).

Dans nos recherches, nous avons trouvé peu d'études portant exclusivement sur les sages-femmes. Cela pourrait s'expliquer par plusieurs raisons : (i) elles ne sont pas nombreuses dans les systèmes de santé de certains pays et sont parfois assimilées aux infirmières selon Buchan and Calman (2004) (cités par Rouleau, Fournier, Philibert, Mbengue, & Dumont, 2012) ; (ii) elles constituent l'un des groupes professionnels de santé les moins fréquemment étudiés (ibid. 2012) ; (iii) et de nombreuses recherches ont porté sur les professionnels de santé dans leur ensemble dont font partie les sages-femmes (Dolea et al., 2010; Yé M., et al., 2014; Darkwa, Newman, Kawkab, & Chowdhury, 2015).

L'étude comparative avant/après FBP de Nzayirambaho M. et al. (2013) au Burundi et dans la province du Sud Kivu en République Démocratique du Congo (RDC) a montré que le FBP joue un rôle important dans la motivation du personnel mais pas au point d'influencer sur la rétention du personnel quand bien même une tendance légère à la baisse des départs a été observée au Burundi.

L'efficacité des incitations financières a été montrée au Rwanda où l'accroissement très substantiel des ressources allouées au secteur de la santé ainsi que des salaires du personnel associé aux incitations du FBP ont permis non seulement de réduire significativement la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans, mais aussi d'améliorer la motivation du personnel, de diminuer l'absentéisme et d'augmenter le personnel en nombre, contribuant ainsi à leur maintien en poste (Rabinowitz, Diamond, Markham, & Hazelwood, 1999; Kalk et al., 2010; Darkwa, Newman, Kawkab, & Chowdhury, 2015).

L'étude de Morell et al. (2014) sur les programmes dédiés aux professionnels de santé en Australie a montré que les facteurs financiers étaient la principale motivation qui les attirait vers les régions rurales et éloignées de l'Australie. Cette politique de recrutement et de rétention a favorisé l'immigration de nombreux professionnels de santé venant du monde entier pour travailler dans ces zones d'accès difficile.

L'Afghanistan a mis en œuvre une politique conséquente de recrutement et de rétention des sages-femmes (SFE) à travers d'importantes restructurations pour le développement de cette profession. Cette politique a permis d'accroître l'effectif des SFE de

500 en 2002 à 3269 en 2011 (Bartlett, L.A., Lefèvre, A., Gibson, H., et al., 2011). L'étude de Wood et al. (2013) sur les facteurs influençant la rétention des SFE dans les provinces du secteur public en Afghanistan a montré que le salaire était le principal facteur de motivation. Le fait que les émoluments du secteur public (salaires et indemnités de pénibilité) soient faibles par rapport à ceux des ONG, en plus de fréquents arriérés et le manque d'équité salariale entre les sages-femmes des provinces et celles des services de soins de santé de base (Basic Package of Health Services : BPHS) les motivaient à postuler dans les provinces où les rémunérations sont plus élevées. De plus, elles étaient très attirées par des sinécures, généralement en dehors du secteur public (Kalk et al., 2010). Ces résultats nous montrent que la gestion efficace des ressources humaines ne concerne pas uniquement son recrutement mais surtout son maintien et pour ce faire les mesures d'accompagnement se doivent d'être suffisantes et une équité dans le traitement salarial pour fidéliser les agents de santé.

Ces résultats corroborent ceux de l'étude exploratoire menée au Burkina Faso qui a mis en exergue les limites du « recrutement régionalisé des professionnels de santé » visant à maintenir les agents de santé en zones rurales. Cette politique de recrutement était caractérisée par l'absence de directives écrites et associée à aucune incitation quelconque en dehors du salaire dérisoire (Kouanda et al., 2014) contribuant au départ d'environ 5% des sages-femmes de la fonction publique pour travailler dans les régions rurales, reculées ou en ville pour le compte du secteur privé (ONG) où les émoluments sont substantiels (Scheewe S., Dieleman M., Millogo JJ. & Traore A., 2013). Cette absence d'incitations dont parle l'auteur concernait donc tous les professionnels de la santé sans acception, travaillant en zones rurales ou éloignées. Mais force est de reconnaître que cette politique de « recrutement régionalisé » a le mérite d'avoir accru le nombre de sages-femmes en zones rurales ou éloignées.

Contrairement au Burkina Faso, la stratégie de contractualisation au Sénégal a permis d'améliorer le recrutement et le déploiement des personnels de santé dans les zones rurales et éloignées, ainsi que la correction du déséquilibre de la répartition des agents de santé entre les régions géographiques dans le cadre du «Plan Cobra». Mais pour la rendre plus efficace, il a fallu que cette stratégie soit accompagnée d'autres mesures telles que la fourniture de logement, des allocations de motivation et de pénibilités, l'augmentation des salaires ainsi que l'augmentation des étudiants des régions autres que Dakar avec la décentralisation des écoles de formation publiques des paramédicaux. Mais ici aussi, le caractère de ce contrat à court terme bien que renouvelable laisse perplexe quant à l'efficacité de ladite stratégie à long terme (Zurn et al., 2010; Matsumoto, Seto, Fujita, Kitazawa, & Hasegawa, 2015). Il faut donc à l'image du Sénégal associer plusieurs stratégies en une pour espérer atteindre les objectifs.

2.3.2 Les incitations non financières

D'autres études ont montré que les principaux facteurs de motivations des prestataires de santé n'étaient pas forcément d'ordre financier mais plutôt des incitations non financières. C'est le cas au Ghana, où deux études menées chez des étudiantes sages-femmes quant à leur volonté de servir en zone rurale ou éloignée après leurs études, ont révélé que seules celles qui ont des origines rurales ou qui avaient des expériences avec les communautés rurales étaient susceptibles d'accepter d'y travailler (Lori, Rominski, Gyakobo, et al., 2012; Ageyi-Baffour, Rominski, Nakua, Gyakobo, & Lori, 2013). Quant aux autres, elles refusent les conditions précaires de travail en zone rurale : l'absence d'opportunité pour poursuivre les études et de promotion dans leurs carrières professionnelles ainsi que l'absence de services sociaux de base pour une meilleure qualité de vie (Internet, eau potable, possibilité d'avoir un mari à leur niveau etc.). Ces deux études au Ghana se sont intéressées uniquement à des étudiantes citadines des écoles d'Accra et de Kumasi alors que le Ghana en comptait quatorze disséminées dans toutes les régions du pays. Cela limite ainsi l'extrapolation des résultats à l'échelle nationale. L'étude qualitative serait plus transférable si elle avait diversifié son échantillon ou si elle était une étude de cas multisite.

Les résultats de ces études s'apparentent à ceux trouvés par l'étude de Huicho et al. (2015) au Pérou où les étudiantes d'origine rurale étaient plus aptes à travailler en zones rurales que leurs collègues d'origine urbaine et leur motivation était principalement pour la cause sociale.

Seyi Olujimi, et al. (2014) ont étudié les facteurs qui sous-tendent l'attrition, la disponibilité et la rétention du personnel SFE en milieu rural au Nigéria suite à l'implémentation en 2009 du programme "Midwives Service Scheme (MSS)" pour la réduction de la mortalité maternelle. Les SFE ont identifié le paiement irrégulier des salaires, le statut d'emploi temporaire, les mauvaises conditions de travail et d'hébergement, et l'éloignement de la famille comme facteurs contribuant à l'attrition. Cependant, la plupart des répondantes ont exprimé leur volonté de rester pour acquérir plus d'expérience et fournir des services aux femmes mal desservies. L'étude a été probablement limitée par l'incapacité d'y inclure des prestataires qui ont quitté le service. De ces études, on peut dire que même si les incitations financières semblent être la motivation préférée du personnel de santé (Kouanda et al., 2014; Morell et al., 2014), elles doivent être associées à d'autres types de motivations non monétaires pour atteindre les effets escomptés (Serneels et al., 2010; Serra, Serneels, & Barr,

2011; Sibé, 2014). En effet, nombreux sont les professionnels de santé qui soient plus incités par les motivations intrinsèques et surtout lorsque la vocation prend le dessus.

2.3.3 Stratégies combinant les incitations financières et les incitations non financières

Il a été démontré dans de nombreuses études que l'efficacité dans le déploiement et la rétention des professionnels de santé requiert la combinaison des incitations financières et non-financières (Awases M. , Gbary A. , Nyoni J. & Chatora R., 2004; Dussault & Franceschini, 2006; Codjia, Jabot, Dubois, WHO, & others, 2010; Dolea et al., 2010; Adzei & Atinga, 2012). Cela est d'autant plus nécessaire que les pays à revenu moyen et faible cumulent de nombreuses insuffisances dans leurs systèmes sanitaires : salaires très insuffisants, infrastructures inadéquates, équipements insuffisants, mauvaise organisation des services et des soins, inaccessibilité physique des structures sanitaires, dispositions réglementaires peu solides, insuffisance dans la gestion des ressources humaines, etc. Ces problèmes complexifient donc la fidélisation des professionnels dans les formations sanitaires rurales ou éloignées. Les professionnels de santé, pour travailler dans ces régions aux conditions plus ou moins précaires, formulent des revendications plus ou moins objectives (Jaskiewicz et al., 2012; Rockers et al., 2012; Ministère de la Santé, 2016d).

Pour répondre à la crise des ressources humaines en santé, l'Indonésie et la Zambie ont implanté des stratégies pour accroître l'effectif des médecins dans les régions reculées de leur pays (Chomitz K. M. et al., 1997; Koot J. & Martineau T., 2005). Les autorités indonésiennes ont octroyé aux médecins exerçant en milieu rural le double du salaire de ceux exerçant en ville. Et ces médecins disposaient d'opportunités d'accès aux fonctions civiles prestigieuses ou de formations spécialisées subventionnées par l'Etat ; ce qui a accru le nombre de jeunes diplômés dans les zones enclavées. Le gouvernement zambien quant à lui, pour attirer et maintenir les médecins dans les zones rurales, a introduit une indemnité rurale équivalente à environ 30% du salaire. Aussi, la rénovation du logement, la contribution aux frais de scolarité des enfants en internat, l'allocation de moyens de locomotion, la facilité d'accès au crédit bancaire et un soutien spécifique pour l'accès à la formation continue ont accompagné la mesure. L'évaluation de cette stratégie a indiqué un impact positif sur le recrutement et le maintien des médecins dans les zones rurales (Prytherch et al., 2013; Yé M., et al., 2014; Darkwa et al., 2015; Huicho et al., 2015; Yé et al., 2016).

Une étude de cohorte au Sénégal réalisée par Rouleau et al. (2012) a montré que près de deux tiers des sages-femmes avaient l'intention de quitter leur poste en zone rurale principalement pour poursuivre une nouvelle formation professionnelle. Globalement, les sages-femmes avaient déclaré être modérément satisfaites; moins satisfaites de leur rémunération, de l'environnement du travail, et les départs volontaires de certaines sages-femmes dans d'autres spécialités étaient dus à l'insatisfaction de la formation continue. Concernant la méthodologie, l'instrument de collecte des données de Maslach Burnout Inventory (MBI) n'a pas été adapté au contexte sénégalais, et le questionnaire n'a pas pris en compte leurs préférences en matière d'incitations pouvant les motiver à se maintenir dans les zones rurales ou éloignées. Cette intention de quitter pour des motifs de formation continue est aussi retrouvée au Kenya (Takemura, Kielmann, & Blaauw, 2016) où les responsables cliniciens de grade intermédiaire ont indiqué qu'une garantie de congé d'un an d'étude après 3 années de service aurait le plus grand impact sur leur choix de travailler en zone rurale (Codjia, Jabot, Dubois, WHO, & others, 2010), suivie par la bonne qualité des infrastructures des établissements de santé avec un bon équipement, un logement et une augmentation de salaire de 30%. Et ce sont les jeunes travailleurs et surtout de sexe féminin qui ont avancé les raisons d'étude contrairement aux plus expérimentés qui préfèrent les incitations financières prioritairement. De ces deux études, il ressort une volonté manifeste des agents de santé de poursuivre des études post-formation de base et cette donne doit être prise en compte dans les différentes stratégies pour la motivation des sages-femmes.

Au Burkina Faso, une des solutions aux déperditions des SFE qui quittaient pour d'autres spécialisations a été l'ouverture par les autorités sanitaires en 2009 d'un cycle supérieur en soins obstétricaux et gynécologiques au profit des sages-femmes et depuis 2015 un cycle universitaire pour un master 2 en soins maïeutiques et santé de la reproduction (Ministère de la Santé, 2015b, 2016b). Toutes initiatives qui devraient réduire considérablement la déperdition des SFE qui auparavant n'avaient pas la possibilité d'évoluer dans leur corps professionnel. Les SFE qui voulaient donc évoluer étaient contraintes de rompre avec les services de maternité pour embrasser d'autres filières telles que l'ophtalmologie, la chirurgie, l'odontostomatologie, l'ORL etc. (Ministère de la Santé, 2015b, 2016b).

L'étude sur l'évaluation des stratégies d'attraction et de rétention des travailleurs de santé de Dolea et al. (2010) a rapporté que plusieurs stratégies dans les pays développés ont eu des effets positifs sur la rétention du personnel de santé dans les zones rurales. Les stratégies les plus utilisées étaient essentiellement le recrutement d'étudiants issus d'un milieu

rural, la soumission des étudiants à des stages cliniques en milieu rural, la préparation éducative appropriée pour le service en milieu rural, l'adaptation des programmes en phase avec la santé communautaire. Aussi, des programmes de développement professionnel continu, d'incitations financières, un soutien personnel et des bourses pour les étudiants en médecine ont été convaincants (Rabinowitz et al., 1999; Matsumoto M. & Inoue K., Kajii E., 2008; Dolea et al., 2010; Royston PJ., Mathieson K., Leafman J. & Ojan-Sheehan O., 2012).

Conclusion de la recension des écrits

Les revues systématiques (Dambisya, 2007; Lehmann, Dieleman, & Martineau, 2008; Wilson et al., 2009; Dolea et al., 2010), les études qualitatives (Lori, Rominski, Gyakobo, et al., 2012; Huicho et al., 2015; Bertone, Lagarde, & Witter, 2016) et ou quantitatives (Rockers et al., 2012; Khim, 2016; Takemura, Kielmann, & Blaauw, 2016) de par le monde confirment que les incitations financières sont essentielles mais pas suffisantes à elles seules pour fidéliser les agents de santé dans les zones rurales ou éloignées. Elles gagnent en efficacité que lorsqu'elles sont réellement compensatoires et accompagnées par des incitations non financières telles l'amélioration des conditions de vie et de travail, la souplesse dans l'organisation du travail, l'attribution de logement d'astreinte et de moyen de locomotion, un système de reconnaissance et de valorisation tel le droit à l'avancement ou la promotion après l'exercice en zone rurale (Dolea et al., 2010).

Il en est de même pour les autres stratégies de rétention telles que le service obligatoire en milieu rural des travailleurs (Frehywot, Mullan, Payne, & Ross, 2010; Mollahaliloğlu S., et al., 2012; Kouanda et al., 2014), le recrutement des étudiants issus d'un milieu rural et l'ouverture d'écoles de formation dans les régions rurales (Rabinowitz et al., 1999), le soutien personnel et professionnel (Codjia, Jabot, Dubois, WHO, et al., 2010; Zurn, Codjia, Sall, & Braichet, 2010) qui, implémentées de façon isolée ne peuvent être viables quelques soient les contextes car elles sont aussi fortement influencées par des facteurs d'autant plus complexes qu'ils sont liés à des caractéristiques personnelles, au système de santé et à tout l'environnement sociopolitique, socioéconomique et culturel. Ainsi ces facteurs interagissent et sont fortement liés à des motivations sous-jacentes, qu'elles soient économiques, sociales, culturelles ou religieuses (WHO, 2010).

Il est donc impératif de concilier les incitations financières et non-financières et d'adapter les stratégies au regard du contexte socioéconomique, politique, culturel et

professionnel de chaque pays pour améliorer la répartition et le maintien des sages-femmes dans les zones rurales.

III. CADRE CONCEPTUEL

Notre modèle s'est construite sur la base des recommandations de l'OMS pour accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation (WHO, 2010). L'OMS a proposé aux pays, des stratégies pour le recrutement, le déploiement et la fidélisation des professionnels de santé dans les zones rurales et éloignées des pays. Les pays se doivent de les adapter à leur contexte afin d'y assurer une meilleure disponibilité du personnel de santé. La rétention ou la fidélisation du personnel de santé est influencée par plusieurs facteurs qui sont regroupés en incitations financières et en incitations non-financières.

Les incitations financières englobent toutes les prestations supplémentaires versées ou fournies aux personnels de santé pour les inciter à travailler dans une zone rurale ou reculée. Elles comprennent les primes, les indemnités (logement, risque, sujétion, pénibilité, d'éloignement ou de dépaysement et de transport), et autres prestations qui réduisent les coûts d'opportunité associés à l'activité en zone rurale. L'insuffisance de revenu due au manque de pratique privée en zone rurale et les dépenses supplémentaires consacrées au logement du fait de la nécessité de garder une maison en ville (pour la scolarisation des enfants et/ou l'activité professionnelle du conjoint ou de la conjointe) sont quelques exemples de ces coûts d'opportunité (Codjia, Jabot, Dubois, WHO, et al., 2010; WHO, 2010; Zurn, Codjia, Sall, & WHO & Others, 2010). Quel que soit la provenance des incitations financières, leur efficacité à long termes sur la décision des professionnels de santé dépendra de la pérennité budgétaire (WHO, 2010; Wood M. E., et al., 2013).

Dans le cadre du financement basé sur les résultats, les subsides (bonus quantité et bonus qualité) perçus pourraient inciter les professionnels de santé à séjourner pendant plusieurs années en milieu rural. En outre, les formations/recyclages avec perdiems et certaines activités connexes rémunérées (campagne de vaccination, de dépistage, suivi/évaluation et supervision des ASBC etc.) pourraient accroître également la motivation des prestataires des zones rurales à s'y établir et y rester. Ces incitations financières pourraient être aussi à type de bourses d'études ou d'allocations familiales spécifiques pour les enfants dont les parents exercent en zone rurale (WHO, 2010; Ministère de la Santé, 2016d).

Au Burkina Faso, les fonctionnaires de la santé de même catégorie socio-professionnelle gagnent des salaires identiques, à l'exception d'une légère augmentation de certaines indemnités (garde, astreinte) (Loi 081-2015/ CNT du 24 novembre 2015 portant

statut général de la fonction publique) pour ceux qui travaillent en zones rurales ou éloignées (Ministère de la Santé, 2016d).

Les incitations non financières regroupent les conditions de vie et les conditions de travail.

Les conditions de vie jouent un rôle important dans la rétention du personnel de santé en milieu rural. En effet, la disponibilité d'un minimum de confort est exigée par les travailleurs surtout ceux issus des villes n'ayant pas une expérience de vie en milieu rural. Des études ont montré que les travailleurs nés ou ayant vécu en zones rurales sont plus enclins à y retourner pour travailler par rapport à ceux qui n'ont aucune expérience de séjour en milieu rural (Rabinowitz et al., 1999; WHO, 2010; Royston PJ., Mathieson K., Leafman J. & Ojan-Sheehan O., 2012).

La disponibilité en service d'hygiène et d'assainissement de base, la disponibilité de logement décent avec des commodités (qualité des bâtiments, électricité, eau potable, clôture...) sont très incitatives. La disponibilité en moyens de communication (accessibilité géographique, téléphone, internet...), en infrastructures pour les loisirs et les divertissements, en produits de première nécessité (denrées alimentaires, produits vestimentaires et de soins corporels, etc.) et la sécurité des biens et des personnes, participent à fidéliser les travailleurs en zone rurale (Lori, Rominski, Gyakobo, et al., 2012; Ageyi-Baffour et al., 2013).

Les conditions de travail ont une influence sur le choix du lieu de travail du personnel de santé. En effet, de nombreuses études ont montré que le manque de conditions pour dispenser des soins de qualité précipite le départ du personnel des postes de soins ruraux (Brunelle, Y., 2009; Dieleman, Cuong, Martineau, & others, 2003; Sibé, 2014). Ainsi, le manque de matériels médicotechniques, l'insuffisance de qualité des infrastructures sanitaires, la sécurité insuffisante des soins et des prestataires, les ruptures récurrentes en médicaments et en produits essentiels, l'absence d'électricité et d'eau courante, et l'insuffisance de l'effectif du personnel qualifié démotivent les prestataires de soins à travailler en milieu rural (Wiskow, Albrecht, & de Pietro, 2010; Darkwa et al., 2015).

Il en est de même pour la vie au service caractérisée par la participation aux prises de décision, l'autonomie de gestion, la reconnaissance du travail fait, le mérite, le système de roulement, les permissions et les congés, la solidarité, le respect de la hiérarchie ainsi que l'organisation des services et soins, qui peut ou non retenir les agents de santé (Grobler et al., 2009; Adzei & Atinga, 2012; Buchan et al., 2013; Graça, Amarina, & Thentz, 2014). Il est prouvé également que la charge élevée de travail à l'origine du burnout (épuisement émotionnel, dépersonnalisation) entraîne une attrition des professionnels de santé (Y. Brunelle, 2009).

Le développement professionnel, les opportunités de promotion interne sont des aspects qui favorisent la fidélisation des agents de santé dans leurs postes de travail. Aussi, le soutien personnel surtout dans les situations de travail ou de famille difficiles, crée une atmosphère et un environnement propices qui motivent davantage le personnel de santé à rester assez longtemps dans leurs services (WHO, 2010).

L'éducation des enfants est l'une des préoccupations du personnel de santé qui influence le choix du lieu de travail. Les conditions d'éducation généralement peu satisfaisantes (absence d'établissements préscolaires et d'établissements scolaires de qualité) en milieu rural dissuadent les professionnels de santé à ne pas s'y aventurer ou à quitter précocement ces zones rurales (Kruk et al., 2010; Lori, Rominski, Richardson, et al., 2012; Honda & Vio, 2015; Huicho et al., 2015).

Les facteurs individuels tels que l'âge, le sexe, la situation matrimoniale (unité du couple), l'ancienneté dans le corps et dans le poste, le niveau d'instruction et le désir de poursuivre des études supérieures ou de faire un concours professionnel, ont un impact sur la rétention du personnel en milieu rural ou éloigné (St-Onge, Guérin, Trottier, Haines, & Simard, 1994; Codjia, Jabot, Dubois, WHO, et al., 2010; Rouleau et al., 2012).

CADRE CONCEPTUEL

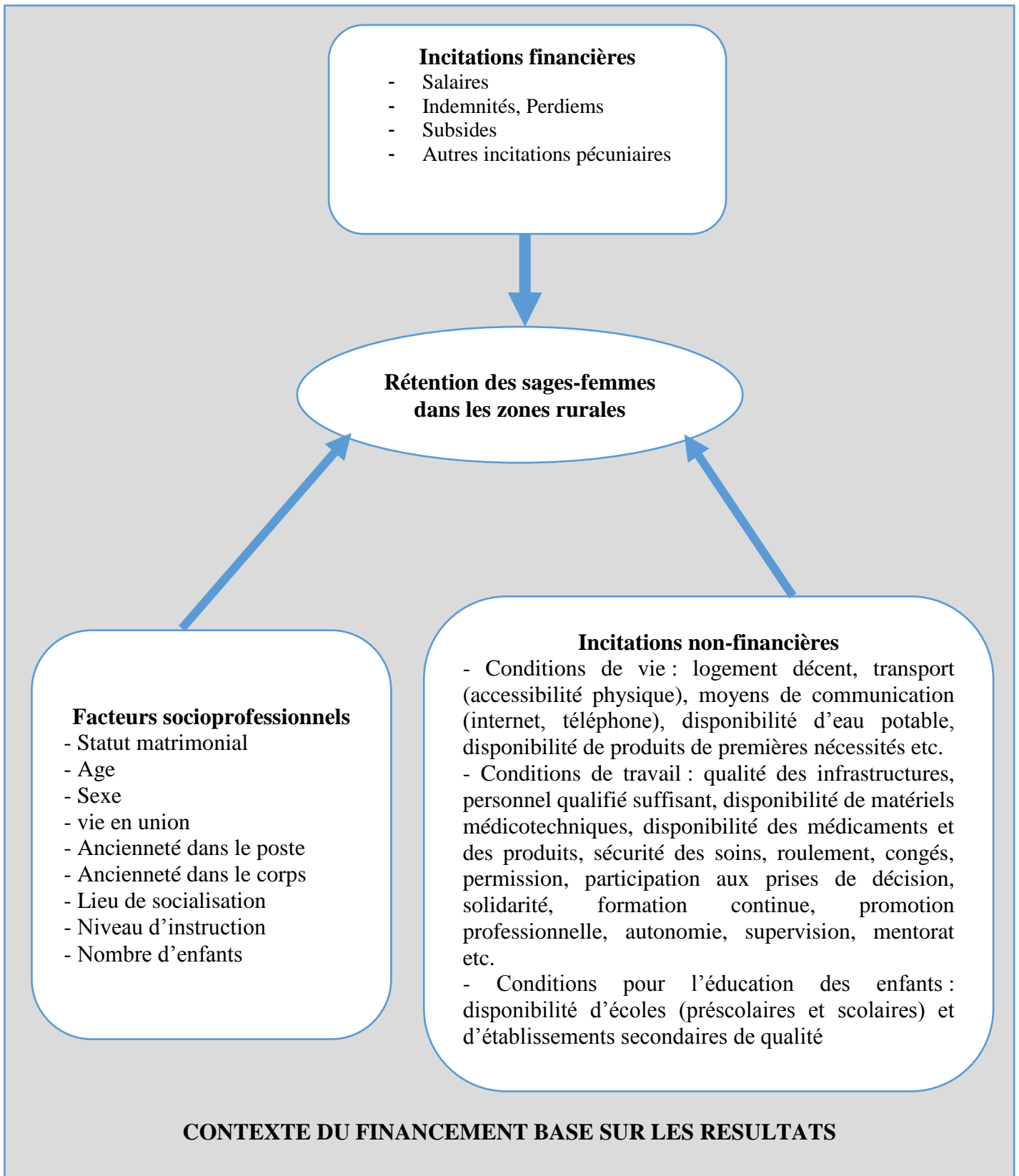


Figure 1 : Schéma du cadre conceptuel de l'influence du FBR sur la rétention des sages-femmes adapté du cadre de Henderson & Tulloch (2008)

IV.MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthode utilisée pour mener la présente étude soit de décrire et d'analyser les appréciations des sages-femmes sur le financement basé sur les résultats comme stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées. Il comprend essentiellement deux parties :

- La première partie présente le cadre général de l'étude qui concerne le district sanitaire de Kongoussi. Les éléments abordés dans ce sous-chapitre sont ses données géographiques, administratifs, démographiques, économiques, socio-culturelles, son profil épidémiologique.
- La deuxième partie concerne la démarche méthodologique proprement dite. Elle comprend le type d'étude, la population de l'étude, les sources des données, la méthode d'échantillonnage, les critères d'inclusion, la technique et l'outil de collecte des données, le déroulement de la collecte des données et l'analyse des données.

4.1 Cadre de l'étude

4.1.1 Données géographiques

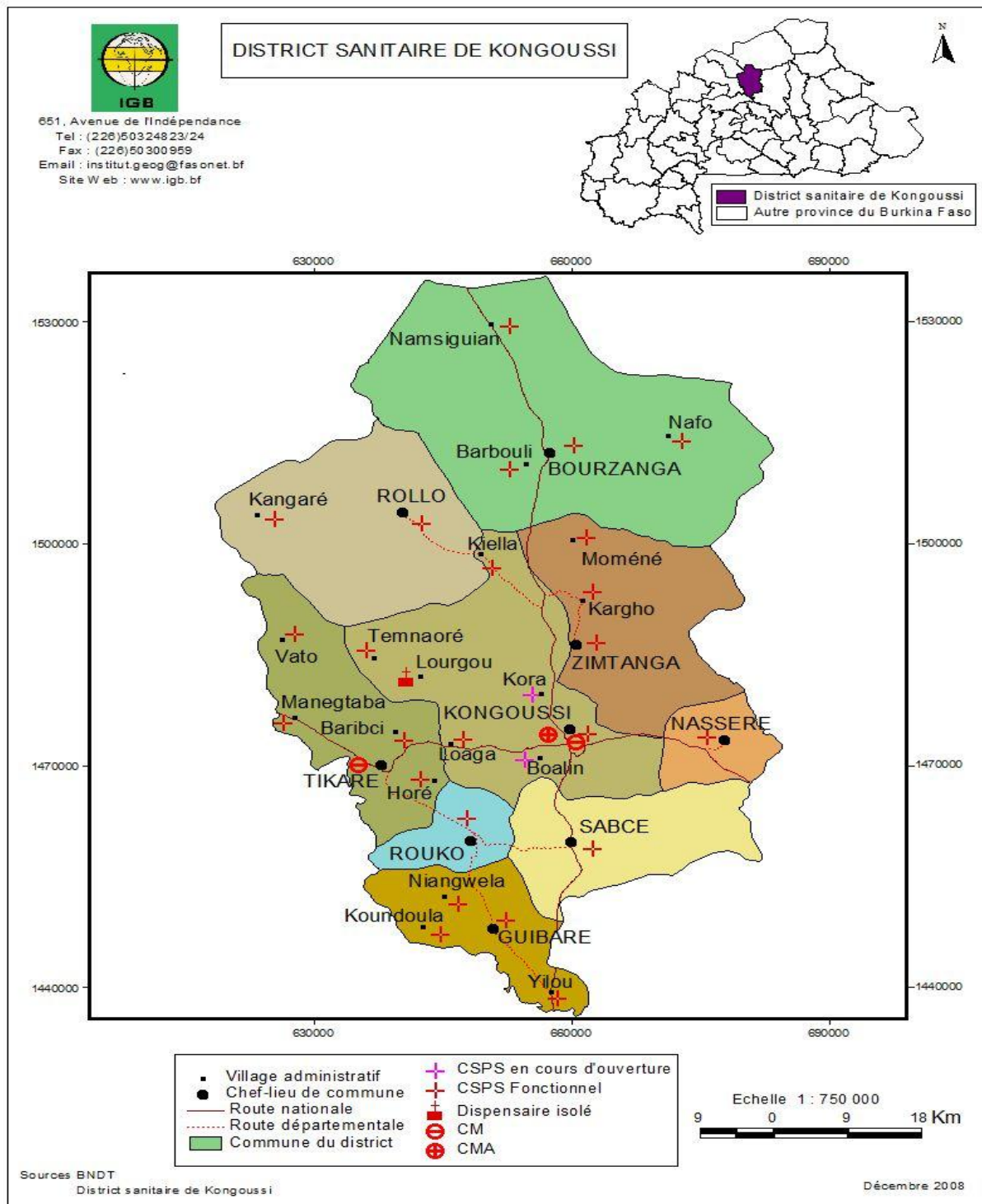
Le district sanitaire de Kongoussi (DSK) couvre une superficie de 4010 Km². Il est situé à 115 Km de la capitale Ouagadougou sur l'axe Ouaga-Djibo (R.N n° 22) et à 60 Km du chef-lieu de région Kaya (RN n°15). La RN n°15 est traversée par les lacs Bam et Dem, la rendant impraticable en saison pluvieuse, ce qui contraint à un détour par la RN n°22 de 100 kilomètres pour y accéder. Le DSK fait frontière au Nord avec les DS de Titao (province du Lorum) et de Djibo (province du Soum); à l'Est et au Sud par ceux de Kaya et de Barsalogo (Province du Sanmatenga), à l'Ouest par ceux de Yako (Province du Passoré) et de Séguénéga (Province du Yatenga) (District Sanitaire de Kongoussi, 2017).

Le climat est de type soudano-sahélien. Les sols cultivables sont rares et pauvres du fait du relief très accidenté (plaines, collines) et de l'épuisement dû à une utilisation continue sans apport de fertilisants. La pluviométrie est en général insuffisante entraînant un déficit céréalier qui est préjudiciable à la santé des enfants et des femmes enceintes victimes fréquemment de malnutrition. La moyenne des précipitations des dernières années est de 943,61 mm³.

Sur le plan hydrographique, l'aire du district sanitaire compte deux lacs : le lac Bam à Kongoussi qui s'étend sur 25 km et le lac Boukou à Bourzanga, avec une étendue de 6 km. On note également l'existence de retenues d'eau dont les plus importantes sont les barrages de

Koumbango, Guibaré, Koulinyéré, Niangwela, Rollo, Koukoundi et Kourao. La majorité de ces cours d'eau tarissent en saison sèche (District Sanitaire de Kongoussi, 2017).

Figure 2 : Carte géographique du district sanitaire de Kongoussi



CARTE GEOGRAPHIQUE DU DISTRICT SANITAIRE DE KONGOUSSI

4.1.2 Données administratives

Le district sanitaire de Kongoussi est l'un des districts qui compte la région sanitaire du Centre Nord (DRS-CN). Il épouse les limites administratives de la province du Bam et compte trente et neuf (39) formations sanitaires, un (01) hôpital de district (CMA) et un (01) centre de santé confessionnel. La province du Bam compte 268 villages administratifs, huit communes rurales (Bourzanga, Guibaré, Nasséré, Rollo, Rouko, Tikaré, Sabcé et Zimtanga) et une commune urbaine (Kongoussi). Le DSK est donc considéré comme un district sanitaire rural centré sur la commune urbaine de Kongoussi qui abrite l'hôpital du district ou CMA, le CSPPS urbain (CSPPS du secteur 5) et le siège de l'Equipe Cadre du District (District Sanitaire de Kongoussi, 2017).

Les trente et neuf centres de santé et de promotion sociale (CSPPS) que compte le DSK sont composés chacun d'un dispensaire et d'un service de Santé Maternelle, Néonatale et Infantile communément appelé maternité. La plupart de ces maternités est gérée par des accoucheuses auxiliaires (AA) et seulement douze (12) d'entre elles disposent de SFE ou ME, qui sont généralement dans les formations sanitaires situées dans les chefs-lieux des neuf communes ou dans les grands CSPPS. En milieu urbain, l'hôpital de district (HD ou CMA) qui est le centre de référence, compte dix-sept (17) SFE et une ASSOG pendant que le CSPPS urbain compte deux SFE. Au total, seulement 39,39 % des SFE travaillent dans le milieu rural du DSK et les formations sanitaires du DSK remplissant les normes en personnel (1 IDE + 1 SFE ou AA + 1 IB ou AIS) représentent 87,5% (ibid. 2017).

En 2015, le DSK avait un des plus faibles ratios du BF : 1 SFE pour 12 675 habitants, à l'instar de la Région du Centre Nord dont le ratio était de 1 SFE pour 15656 habitants (Ministère de la Santé, 2015a; District Sanitaire de Kongoussi, 2017). En outre, le DSK fait partie des 15 DS du BF mettant en œuvre la stratégie FBR depuis 2013.

Tableau I : Répartition du personnel de santé entre le milieu urbain et le milieu rural du district sanitaire de Kongoussi

Type de personnel	Effectif en Milieu urbain	%	Effectif en milieu rural	%	Effectif total
Médecin généraliste	06	85,71	01	14,29	07
Pharmacien	02	100	00	00	02
Attaché de Santé	15	100	00	00	15
Technicien de génie sanitaire (TEGS)	02	100	00	00	02
Sage-femme /Maïeuticien	20	60,60	13	39,40	33
Accoucheuse Brevetée	02	100	00	00	02
Accoucheuse Auxiliaire	08	25	24	75	32
Infirmier d'Etat	11	23,91	35	76,09	46
Infirmier Breveté	06	42,86	08	57,14	14
Total	72	47,06	81	52,94	153

Source : District Sanitaire de Kongoussi (2017)

4.1.3 Données démographiques

La population est estimée à 376 211 habitants en 2017 avec une densité moyenne de 93 habitants/Km². Les enfants de moins de 15 ans représentent près de la moitié de la population du DS de Kongoussi (49,76%), viennent ensuite les femmes en âge de reproduction (FAR) (23,69%). Le Taux Global de Fécondité Général (TGFG) est de 174 pour 1000 et le taux de natalité de 4,12% (ibid. 2017).

4.1.4 Données économiques

L'indice de pauvreté de la province est de 31,9% ; ce qui classe la province en zone 4 de pauvreté. Il existe deux (02) petites unités alimentaires, une unité de production d'eau minérale basée à Sabcé et deux (02) boulangeries à Kongoussi.

L'agriculture occupe environ 92% de la population. En saison sèche, les populations pratiquent la culture maraîchère aux abords des deux lacs (Bam et Boukou) et des retenues d'eaux artificielles. L'orpillage est une activité en plein essor dans la province. On dénombre

une mine industrielle (BISSA Gold SA), une mine semi industrielle (Karentenga) et une trentaine de sites aurifères artisanaux dont les plus importants sont Alga, Zinigma, Sakoudi, Sindri, Raka, Sanrgho. Le tourisme et l'artisanat sont peu développés. Néanmoins, le lac Bam, les multiples sites d'orpaillage et la mine d'or de BISSA GOLD SA attirent quelques visiteurs (District Sanitaire de Kongoussi, 2017).

La province est traversée par deux routes nationales (RN), la RN 15 d'Est en Ouest et la RN 22 du Sud au Nord qui favorisent les échanges commerciaux. Le mauvais état des routes est source de multiples problèmes tels que l'amortissement rapide de la logistique roulante, la difficulté de réaliser les activités en stratégie avancée, la difficulté d'évacuer les malades des FS vers l'hôpital de district. La téléphonie mobile reste le moyen de communication le plus utilisé avec l'inscription de toutes les formations sanitaires en groupe fermé d'utilisateurs (flotte). Le district sanitaire dispose d'une connexion internet. Cependant certaines formations sanitaires sont difficilement joignables compte tenu de l'insuffisance de la couverture du réseau téléphonique. Aussi constate-t-on le mauvais état du réseau routier limitant ainsi l'accessibilité de certaines formations sanitaires en saison pluvieuse. En matière d'électrification, outre Kongoussi, les localités de Tikaré, Sabcé, Rouko, Yilou, Loaga, Birou et Zimtanga sont électrifiées par la nationale d'électricité : la SONABEL. Cependant, seuls le CMA et les CSPS de Rouko, Tikaré, Birou, secteur 5 bénéficient de cette électrification. Les autres FS des communes rurales utilisent l'énergie solaire (ibid. 2017).

4.1.5 Données socioculturelles

Le taux brut de scolarisation de la province en 2015 est de 85,26%. Les principaux groupes ethniques de la province sont les mossés (89,07%) et les peulhs (8,99%). La plupart des habitations sont de type traditionnel. Les familles vivent regroupées en concessions ou en quartiers; le type de gouvernance qu'elles pratiquent est la gérontocratie. Sur le plan coutumier, on note quatre (4) cantons: le Rissiam, le Ratenga, le Zitenga (Gassongo), et le Kirguitenga dirigé chacun par un chef qui a le droit de nommer les chefs des villages sous sa responsabilité. Les principaux groupes religieux sont les musulmans (74,90%), les catholiques (20,43%) et les animistes (3,44%) (District Sanitaire de Kongoussi, 2017).

4.1.6 Profil épidémiologique

Sur le plan épidémiologique, le paludisme reste la première cause de consultation dans les formations sanitaires du DSK (53,53%) avec une létalité de 2,3% chez les moins de cinq ans. Ensuite viennent les infections respiratoires aiguës sévères (IRAS : 19,17%) et les

maladies diarrhéiques (3,07%). Le nombre de contacts par habitant a connu une légère hausse de 0,71 en 2014 à 0,93 en 2015, mais reste en deçà de l'objectif estimé à un (01) contact/habitant (ibid. 2017).

La couverture en CPN4 (32,15%) est faible et pourrait s'expliquer par les pesanteurs socioculturelles, l'insuffisance en personnel qualifié (SFE) dans certaines formations sanitaires et l'insuffisance de sensibilisations des femmes enceintes (FE) par les agents de santé à base communautaire (ASBC). Le taux de couverture vaccinale en VAT2 des femmes enceintes est de 78%. La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage VIH lors des CPN est de 100 % et 100 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connues et enceintes ont reçu le traitement anti rétroviral (TARV). Le District a enregistré un taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes de 39,75% tandis que la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (DBC) a connu des difficultés dues aux ruptures en intrants. Quant au taux d'accouchement assisté, il est certes satisfaisant (85,46%) mais doit être amélioré. Le nombre de décès maternels enregistré dans les FS est de 07 décès soit un ratio de 45 pour 100 000 naissances vivantes (NV) tandis que les ratios de mortalité néonatale et infantile sont respectivement de 1,12 pour 1000 NV et 17, 45 pour 1000 NV. Les couvertures vaccinales des enfants ont été assez bonnes au cours de ces quatre dernières années. Cependant, des faibles taux de couverture sont notés dans certaines formations sanitaires (ibid. 2017).

La stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) connaît des insuffisances de mise en œuvre (57,47% en 2015) due notamment à une insuffisance en personnel formé (District Sanitaire de Kongoussi, 2017).

4.2 Type d'étude

Pour atteindre le but de notre recherche, nous avons opté pour une étude qualitative. C'est une étude de cas unique avec un seul niveau d'analyse. Elle a pour visée la description des appréciations des sages-femmes sur le financement basé sur les résultats comme une stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones sanitaires rurales ou éloignées, sachant que ces appréciations sont construites sur la base d'expériences vécues par ces professionnels (Creswell, 1998), travaillant dans le contexte du FBR. Elle a permis d'explorer leurs intentions à rester ou à quitter les zones sanitaires rurales ou éloignées sous l'influence des incitations financières et des incitations non financières dans le contexte du financement basé sur les résultats (FBR).

4.3 Population de l'étude

La population de l'étude est constituée des sages-femmes (SFE) et des maïeuticiens d'Etat du district sanitaire de Kongoussi. Ces professionnelles de santé travaillant dans les zones rurales dans le contexte du FBR ont servi de sources de recueil des informations rendant compte du phénomène vécu (ibid. 1998).

4.4 Sources de données

Les données de notre étude proviennent des entrevues individuelles auprès des sages-femmes du DSK, de la revue documentaire (rapports d'activités, PAP, rapports des évaluations, programme d'activités, planning des congés, programmes de gardes et permanences...) et des observations notées (mimiques, gestuelle, posture, soupirs, dispositions, organisations du service, environnement de travail...) dans notre journal de bord lors des interviews.

4.5 Méthodes d'échantillonnage

Il s'est fait par choix raisonné et l'échantillon compte quinze (15) sages-femmes et maïeuticiens d'Etat (SFE/ME).

Nous avons procédé par la diversification, qui est un critère majeur de sélection et comme l'a si bien dit Pires :

Les recherches qualitatives sont souvent appelées à donner le panorama le plus complet possible des problèmes ou situations, une vision d'ensemble ou encore un portrait global d'une question de recherche, d'où l'idée de diversifier les cas de manière à inclure la plus grande variété possible, indépendamment de leur fréquence statistique (Pires & others, 1997, p. 64).

Cette diversification peut être interne encore appelée intragroupe ou externe (intergroupe). Dans la présente étude, nous avons recouru à la diversification interne, plus restreinte, caractérisée par une homogénéité de l'échantillon dans le but d'assurer une description en profondeur. Elle fait partie intégrante du processus de saturation empirique (Pires, 1997; Duchesne, 2000; Baker, Edwards, & Doidge, 2012).

L'inclusion des participantes a débuté par la SFE qui est dans la formation sanitaire la plus éloignée et la plus difficile d'accès en saison des pluies. Ainsi, les données ont été collectées dans ces formations sanitaires, juste au début de l'installation de la saison des pluies. À l'issue de la première entrevue, nous avons enquêté toutes celles qui travaillent dans les formations sanitaires situées sur le même axe routier pour économiser en temps et en ressources

financières. Ensuite, nous avons achevé l'enquête par les participantes qui travaillent dans la ville de Kongoussi (CSPS urbain et l'hôpital de district).

- **Les critères d'inclusion**

- Etre sage-femme (SFE) ou maïeuticien d'Etat (ME)
- Etre en service dans le district sanitaire de Kongoussi depuis au moins trois (03) mois. Cette période permet au prestataire de bénéficier de trois évaluations « quantité FBR » et d'une évaluation « qualité FBR »⁷, lui donnant l'occasion de connaître le FBR et partant, de pouvoir donner une appréciation assez objective de cette stratégie.
- Accepter de participer volontairement à l'enquête.

4.6 Techniques et outils de collecte des données

L'entretien semi-dirigé est la technique choisie pour la présente étude et nous avons construit un guide d'entrevue à partir des concepts et des construits issus de la recension des écrits afin que les données à collecter concourent à l'atteinte effective des objectifs et à la crédibilité de l'étude. Cet entretien semi-structuré permet de laisser une certaine liberté de parole aux personnes interrogées, et le guide d'entretien permet de s'assurer que les dimensions à être investiguées par le chercheur soient abordées. Aussi l'interviewer garde la liberté de diriger l'entretien dans toutes les directions qu'il estime intéressantes et susceptibles de lui fournir des données pertinentes (Boutin G., 2000).

Pour élaborer notre outil de collecte, nous nous sommes inspiré : (i) du guide d'entretien de M. Yé et al. (2014) qui permet d'explorer le point de vue des prestataires des services de santé maternelle et néonatale travaillant en milieu rural sur la mise en place des systèmes d'incitation basés sur la performance durable ; (ii) et de l'outil du Discret Choice Experiment (DCE) de CapacityPlus révisé de Wanda Jaskiewicz et al. (2015) qui permet d'identifier les bonnes mesures incitatives pour attirer et fidéliser les professionnels de santé. Une fois construit et corrigé par nos directeurs de mémoire, le guide d'entrevue a été pré-testé dans le district sanitaire de Kaya dans la région du Centre-Nord où la stratégie FBR est également implantée. Ce pré-test a permis de nous assurer que les questions permettaient réellement d'évaluer les éléments d'intérêt (crédibilité) et qu'il n'y avait vraiment pas de problème de compréhension. Les différentes remarques et les commentaires nous ont permis d'apporter des éléments de correction dans le guide d'entretien afin d'assurer sa validité, de

⁷ Les évaluations « quantité FBR » sont mensuelles et les évaluations « qualité FBR » sont trimestrielles.

renforcer sa crédibilité et sa fiabilité (Jean-Pierre Deslauriers & Michelle Kérisit, 1997). Le journal de bord a permis de renseigner les observations lors des entrevues, permettant ainsi avec la revue documentaire, d'assurer la triangulation des informations recueillies (Olivier de Sardan, 1995).

4.7 Déroutement de la collecte des données

L'enquête s'est déroulée du 12 juin 2017 au 16 juin 2017 et s'est faite par l'étudiant lui-même qui s'est rendu dans les structures sanitaires où travaillent les sages-femmes⁸ pour les y interviewer.

Pour une démarche rigoureuse et éthique, avant le début de chaque entrevue les objectifs visés ainsi que la note d'information sur l'étude ont été expliqués aux participantes. Le formulaire de consentement éclairé, dans lequel nous nous engageons à garantir et à respecter l'anonymat et la confidentialité des données recueillies, a été présenté et administré aux participants dans le sens du respect de leurs droits et de leur dignité (Imbert, 2010).

La vérification et la validation des données ont été effectuées au fur et à mesure que la collecte se déroulait (Baker et al., 2012). Pour ce faire, nous avons permis à chaque participante d'écouter l'enregistrement afin de se reconnaître dans son discours et d'apporter d'éventuels éléments complémentaires ou rectificatifs.

Nous avons utilisé un dictaphone pour l'enregistrement des entretiens avec l'accord des interviewées. Le plus court entretien a duré 32 mn et le plus long est de 74 mn soit une durée moyenne de 50,86 mn. Bien que cela soit un enregistrement, une écoute attentive et active de l'intervieweur était de mise afin d'éviter toute digression et d'orienter les participantes vers les aspects à investiguer si nécessaire ainsi que pour la prise des notes dans le journal de bord (gestuelle, tonalité, pause, posture, expressions etc.). C'est à l'issue de l'entrevue que l'enquêteur a soumis aux participantes la guide d'entretien pour le renseignement des informations sociodémographique et professionnelle pour éviter une quelconque position inconfortable avant l'entretien.

Quant à la revue documentaire, l'enquêteur a consulté les articles, les revues, les thèses, les mémoires, les rapports du service⁹ et les documents administratifs qui traitent de la question des ressources humaines en santé en général et particulièrement ceux en lien avec la

⁸Comme précédemment signifié, nous utilisons le genre féminin pour désigner également les maïeuticiens d'État (ME) dans notre document.

⁹Ce sont les rapports d'activités, le plan d'amélioration de la performance (PAP) de la formation sanitaire, les rapports des évaluations « quantité et qualité », les programmes d'activités, le planning des congés, les programmes de gardes et permanences, la description des postes de travail et la répartition des tâches dans le service pour apprécier le fonctionnement de la structure et la charge de travail...

pénurie, le recrutement, le déploiement et la fidélisation ou la rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées. Aussi, les sites qui traitent de la problématique des ressources humaines en santé (PubMed, Cochrane, CINAHL, Medline, Elsevier), les sites web des agences internationales (OMS, UNFPA, CARE...), les bibliothèques universitaires (Umontreal.ca...), les journaux scientifiques spécialisés en santé maternelle et néonatale tels que BMC Pregnancy and Childbirth et International Journal of Gynaecology & Obstetrics ainsi que les bulletins périodiques ont été visités. Toutes les recherches avaient un lien avec le sujet « rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées combinée à incitations financières ou incitations non financières».

4.8 Traitement et analyse des données

Dans un premier temps, toutes les entrevues ont été transcrites intégralement par l'étudiant puis des lectures répétées des verbatims ont permis de procéder à la codification. Il a été nécessaire de faire des itérations répétées entre les entrevues et les verbatims pour mieux retranscrire et mieux comprendre certains vocables. Nous avons élaboré un canevas thématique préliminaire comprenant les thèmes et les sous-thèmes construits à cet effet, dérivant de notre cadre conceptuel. La grille d'analyse thématique ainsi élaboré comprend sept (7) thèmes principaux et vingt et un (21) sous-thèmes.

Ce canevas se présente comme suit :

Tableau II : Thèmes et sous-thèmes ayant émergé de l'analyse des données

Thèmes principaux	Sous-thèmes
I- Expérience de vie en milieu rural	<ul style="list-style-type: none"> • Durée du séjour • Sentiments sur le séjour
II- Choix de la carrière professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Vocation • Raison ou influence (famille ou professionnel de santé) • Altruisme • Recherche de gain • Stage en milieu rural
III-Appréciation de la stratégie du FBR	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de la stratégie • Qualité des soins • Performance du personnel de santé • Evaluation des prestations
IV-Incitations financières	<ul style="list-style-type: none"> • Salaires • Indemnités • Subsidés et autres motivations financières
V-Incitations non financières	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail <ul style="list-style-type: none"> - Soutien personnel et professionnel - Organisation des services et soins
	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de vie <ul style="list-style-type: none"> - Moyens de communication et de transport - Disponibilité de denrées de première nécessité - Sécurité des personnes et des biens - Unité de couple - Moyens de divertissement
	<ul style="list-style-type: none"> • Education des enfants <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité et qualité des établissements - Soutiens à l'éducation des enfants
VI-Intention de rester ou de quitter dans le contexte du FBR	<ul style="list-style-type: none"> • Intention de quitter <ul style="list-style-type: none"> - Développement professionnelle - Charge de travail - Unité du couple - Abandon ou changement de profession • Intention de rester <ul style="list-style-type: none"> - Unité de couple - Incitations financières
VII- Proposition d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> • Incitations financières <ul style="list-style-type: none"> - Salaires - Indemnités - Subsidés FBR et autres incitations financières • Incitations non financières <ul style="list-style-type: none"> - Conditions de travail - Conditions de vie - Education des enfants

Ce canevas a été complété par les thèmes ayant émergé lors de la lecture et des relectures des transcriptions afin d'aborder la question dans tous ses aspects pour l'enrichissement du travail. À cette étape, les verbatim des entrevues ont été lus et relus puis qualifiés en leur attribuant des adjectifs, des expressions ou de courtes phrases descriptives (Blais & Martineau, 2006; Braun & Clarke, 2006). Au fur et à mesure, chaque nouvelle entrevue a été donc transcrite puis codifiée minutieusement telle dans la théorie ancrée que Paillé explicite en ces termes :

La codification consiste à dégager le plus fidèlement possible et avec le plus de concision possible le témoignage livré lors de l'entrevue, en évitant toutefois de répéter le verbatim lui-même. L'emploi de mots, d'expressions, ou de très courtes phrases remplira adéquatement cette fonction. Il s'agit simplement de dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne par ligne, le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse (Paillé, 1994).

En outre, nous nous sommes référé constamment aux travaux de Thomas (2006) que Blais & Martineau (2006) ont approfondis sur l'analyse inductive générale¹⁰ pour la codification de ces données.

Elle a pour objectifs: i) de condenser des données brutes dans un format résumé, ii) d'établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant de l'analyse des données brutes et iii) de développer un cadre de référence ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes (Blais & Martineau, 2006; Thomas, 2006).

Le processus de codification développé par Thomas (2006) a été utilisé pour la réduction des données afin d'analyser les thèmes.

Tableau III : Processus de codification menant à la réduction des données

Faire une lecture préliminaire des données brutes	Identifier les segments de textes spécifiquement reliés aux objectifs de recherche	Etiqueter les segments de texte pour créer des catégories	Réduire les catégories redondantes ou similaires	Créer un modèle qui intègre les plus importantes catégories
Plusieurs pages de textes	Plusieurs segments de texte	30 à 40 catégories	15 à 20 catégories	3 à 8 catégories

Source : Thomas (2006, p. 242), adapté de Creswell (2002, p. 266).

¹⁰ C'est un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes (Blais & Martineau, 2006, p. 3).

La transcription du verbatim a été soumise à une relecture par nos directeurs de recherche pour améliorer la confirmabilité de l'étude car une des limites dans toute recherche qualitative provient de la subjectivité du chercheur qui analyse les données à travers sa perspective et à travers sa propre « mise en scène » (Olivier de Sardan, 1995) Nous nous sommes évertué à procéder par « *itération tri-directionnelle qui est une itération qui a lieu non seulement entre le chercheur et les données, mais aussi et en complémentarité entre le chercheur et les participants, entre le chercheur et d'autres chercheurs* » (Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006, p. 113). Cela a contribué fortement à assurer la qualité de l'analyse (crédibilité) afin de garantir la transférabilité de l'étude.

Les observations systématiques du journal de bord, notées lors des entrevues et la revue documentaire sur le thème ont permis par la triangulation d'augmenter la validité et la qualité des informations recueillies (ibid. 1995; Mays & Pope, 2000; Alexandre, 2013) car le principal biais méthodologique de l'étude qualitative a trait à la limite du déclaratif. Une confrontation systématique des informations issues des interviews avec les données probantes a été faite afin d'accroître l'objectivité de nos résultats.

Pour éviter que nos sentiments, nos émotions ou que nos idées préconçues interfèrent dans l'analyse (réflexivité), nous avons recouru à la triangulation des données qui permet de conférer aux démarches qualitatives non seulement de la validité mais aussi, et surtout, de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur à la recherche (Apostolidis, 2006). En somme, « *au-delà de l'enrichissement de la lecture des phénomènes, la triangulation permet de s'assurer de la stabilité de certaines observations et de la fiabilité des conclusions obtenues par des voies différentes* » (Gonin, 2008, p. 136). En somme, le recouplement des données issues de l'entrevue, de la revue documentaire préalablement analysée et des prises de note mentionnées dans notre journal de bord a permis d'assurer la triangulation. Elle est une des composantes majeures de la rigueur méthodologique en recherche qualitative (Mays & Pope, 2000) qui contribue à la crédibilité, à la confirmabilité et à la fiabilité de l'étude.

La transférabilité de l'étude, à l'image de toute étude qualitative, ne peut être faite que dans des contextes similaires (Olivier de Sardan, 1995; Malterud, 2001). Cela pourrait se faire ne serait-ce que dans les autres districts du Burkina Faso mettant en œuvre le FBR du fait que ces zones présentent généralement des réalités géographiques, socioprofessionnelles, sociosanitaires et socioéconomiques plus ou moins comparables (Ministère de la Santé, 2013). Ces résultats pourraient servir de référentiel au Burkina Faso dans le cadre d'une éventuelle

extension de la stratégie à l'échelle nationale, de même qu'aux pays qui voudront implanter le FBR ou toute autre stratégie similaire de rétention des professionnels de santé dans les zones rurales.

4.9 Difficultés rencontrées

La réalisation de cette recherche a été jalonnée de quelques difficultés dans son exécution. En effet, elle n'a bénéficié d'aucun soutien financier externe, par conséquent elle a été entièrement financée sur les modiques fonds propres de l'étudiant. Au cours de l'enquête, l'étudiant n'a pas rencontré de difficultés d'ordre à perturber le bon déroulement de la collecte des données car bien que les sages-femmes soient chargées, elles ont pu lui accorder un peu de leur temps pour l'entretien qui d'ailleurs a été très convivial. Vous comprendrez pourquoi certains entretiens se soient déroulés parfois à des heures inhabituelles de travail. Les rares difficultés (problèmes de santé de la SFE ; urgences obstétricales survenues pendant l'entretien ; déplacements urgents de SFE pour des raisons sociales...), ont été aplanies séances tenantes et les travaux ont pu dès lors se tenir sans encombres. En absence d'un logiciel d'analyse des données qualitatives, l'étudiant a recouru à une analyse manuelle des données.

4.10 Les considérations éthiques

Les considérations éthiques ont été prises en compte par l'étudiant en soumettant le protocole de recherche au Comité d'Ethique de Recherche en Santé (CERS) du Burkina Faso. Le projet de recherche n'a pu débuter qu'après avoir obtenu l'approbation de ce comité datant du 07 juin 2017 et l'autorisation d'enquête de la DRS du Centre-Nord (Annexe 1 & 2). Une note d'information et un formulaire de consentement éclairé ont été élaborés et administrés avant le début de chaque entrevue (Annexe 3 & 4). La confidentialité a été garantie en assurant l'anonymat pour les participantes et en utilisant des codes pour chaque participante. Pour garantir leur confidentialité, nous avons attribué de façon aléatoire un numéro de 1 à 15 aux 15 sages-femmes qui ont participé à l'étude. Puis un code présenté comme suit a été attribué à chaque participantes : " Sage_ numéro anonyme " comme par exemple « Sage_01 ». Il a été expliqué aux participantes qu'elles ont la liberté de se retirer en tout temps de l'enquête sans préjudice et qu'elles n'étaient pas tenues de répondre obligatoirement à toutes les questions. Après avoir pris connaissance du contenu des formulaires et à l'issue d'éventuels éclaircissements sur certains points d'ombres, chaque participante pour marquer son accord à prendre volontairement part à l'enquête, a apposé sa signature sur le formulaire

de consentement éclairé avant le commencement de l'entrevue. Pour assurer un bon entretien et la discrétion, chaque séance s'est déroulée dans le bureau de l'intéressée ou dans tout autre local de son choix mais assez confortable pour un entretien de soixante minutes (60mn) environ. Un engagement est pris pour permettre aux participantes d'accéder aux résultats avant leur diffusion et que les données seront conservées dans notre ordinateur protégé par un mot de passe.

4.11 Les forces et les limites de l'étude

Cette étude est importante car elle contribue à la production de connaissances sur l'utilisation de la stratégie de financement basé sur les résultats (FBR) comme stratégie de rétention du personnel de santé. Il existe certes des études sur des stratégies de recrutement, de déploiement et rétention ou la fidélisation du personnel de santé mais à notre connaissance, seule l'étude de Nzayirambaho M. et al. (2013) au Burundi et en RDC est spécifique à la stratégie FBR. Sans doute, ces résultats pourraient intéresser la structure technique (ST_FBR) du FBR, les décideurs et les gestionnaires des ressources humaines en santé (RHS) des pays qui implémentent cette stratégie et surtout le Burkina Faso (BF) dans la perspective où le pays projette d'étendre le FBR à l'échelle nationale. L'approche qualitative utilisée a permis d'explorer en profondeur les perceptions des sages-femmes sur le FBR permettant de mieux appréhender les enjeux relatifs à la rétention des sages-femmes en milieu rural.

Cette étude, à l'image de toute recherche qualitative, a des limites : (i) la subjectivité du chercheur a pu jouer sur les résultats lors de l'analyse des données, toutefois, le chercheur a adopté une perspective la plus neutre possible lors de cette analyse; (ii) le fait que l'enquêteur, l'étudiant lui-même ait été membre de l'équipe cadre du district de Kongoussi a pu influencer la réponse des enquêtées d'une manière ou d'une autre. Le recours à la triangulation a permis de renforcer la confirmabilité (objectivité) et la fiabilité des résultats (Berger, Crescentini, Galeandro, & Crohas, 2010; Alexandre, 2013). Le traitement manuel des données (manque de logiciel) n'enlève rien à la qualité du traitement et de l'analyse des données. Les résultats de cette étude, comme toute recherche qualitative, ne sont transférables que dans des contextes similaires où le FBR est mise en œuvre. Le FBR étant mis en œuvre dans quinze (15) districts sanitaires du Burkina Faso, l'étude aurait pu inclure d'autres districts (étude de cas multiples) afin d'améliorer sa transférabilité. Nous n'avons pas pu inclure dans l'échantillon des sages-femmes qui ont quitté le DSK dans le contexte du FBR ; ce qui aurait permis de mieux comprendre les motivations à quitter leur poste. En dépit de ces

limites, nos résultats apportent un éclairage sur les motivations à considérer pour maintenir les sages-femmes dans les zones rurales.

V. PRESENTATION DES RESULTATS

Cette section présente les résultats de l'étude réalisée auprès de quinze sages-femmes¹¹ exerçant dans le district sanitaire de Kongoussi (DSK). Elle comporte une première partie qui décrit le profil sociodémographique et professionnel des participantes et une seconde partie qui présente les résultats de l'analyse des catégories ayant émergé des verbatims.

5.1 Profil sociodémographique et professionnel

L'échantillon est composé de quinze (15) participantes dont dix sont de sexe féminin (sages-femmes) et cinq de sexe masculin (maïeuticiens d'Etat). Leurs âges sont compris entre 28 et 44 ans avec une moyenne de 33,6 ans et les deux-tiers de ces participantes ont un niveau d'instruction secondaire contre un tiers pour le niveau supérieur. Trois sages-femmes sont mariées, quatre sont célibataires, les trois autres et les cinq maïeuticiens d'Etat vivent en concubinage avec leurs conjoints. La plupart de ces participantes a un enfant (11 SFE) et ces enfants à l'exception d'un seul, sont d'âge préscolaire.

La majorité des sages-femmes (11 SFE) a été socialisée en milieu urbain mais huit d'entre elles ont vécu pendant un long séjour en milieu rural. Concernant l'ethnie, la plupart des participantes est mossi (11 participantes), l'ethnie majoritaire de la province du Bam dont Kongoussi est le chef-lieu. L'ancienneté moyenne dans le corps des sages-femmes est de 5,13 ans avec des extrêmes de 1 et 17 ans et celle dans le DSK est de 4,8 ans avec les extrêmes de 1 et 9 ans.

Par rapport à la distance Kongoussi-CSPS, neuf (09) participantes parcourent au moins 10 km pour rallier la ville de Kongoussi, une accessibilité d'autant plus périlleuse que les voies sont difficilement praticables en période d'hivernage.

Concernant le type de recrutement, onze (11) enquêtées sont des fonctionnaires issues des concours directs ou professionnels de la fonction publique alors que les autres sont des fonctionnaires recrutées suite aux tests de recrutement régional des sages-femmes formées à titre privé (elles ont supporté elles-mêmes leurs frais de formation, soit dans une école privée soit à l'école nationale de santé publique : ENSP).

¹¹ Comme précédemment signifié, il s'agit de sages-femmes et de maïeuticiens d'Etat.

Tableau IV : Profil sociodémographique et professionnel des participantes

Numéro attribué aux participantes	Code attribué aux participantes	Age	Sexe	Ethnie	Type de structure	Niveau d'instruction	Statut matrimonial	Lieu de socialisation	Nombre d'enfant	Ancienneté dans corps	Ancienneté dans DSK	Type de recrutement
1	Sage_01	31	F	Mossi	CSPS	Supérieur	Célibataire	Ville	00	04	04	National
2	Sage_02	40	F	Mossi	CMA	Secondaire	Concubinage	Ville	00	06	06	Régional
3	Sage_03	33	F	Mossi	CSPS	Secondaire	Célibataire	Ville	00	03	03	National
4	Sage_04	31	F	Gourounsi	CSPS	Supérieur	Mariée	Ville	02	1	01	National
5	Sage_05	30	M	Mossi	CSPS	Secondaire	Concubinage	Ville	01	2	07	National
6	Sage_06	31	M	Mossi	CM	Supérieur	Concubinage	Ville	01	5	05	National
7	Sage_07	44	F	Samo	CMA	Secondaire	Mariée	Ville	01	17	07	National
8	Sage_08	29	F	Mossi	CMA	Supérieur	Célibataire	Ville	00	03	03	National
9	Sage_09	36	M	Gourmantché	CMA	Secondaire	Concubinage	Ville	01	07	07	National
10	Sage_10	40	M	Mossi	CSPS	Secondaire	Concubinage	Rural	01	07	07	National
11	Sage_11	28	F	Mossi	CSPS	Secondaire	Concubinage	Rural	01	01	01	Régional
12	Sage_12	35	M	Mossi	CSPS	Secondaire	Concubinage	Rural	01	05	05	National
13	Sage_13	28	F	Mossi	CSPS	Secondaire	Célibataire	Rural	01	04	04	Régional
14	Sage_14	33	F	Bissa	CM	Supérieur	Concubinage	Ville	01	03	03	Régional
15	Sage_15	35	F	Mossi	CSPS	Secondaire	Mariée	ville	01	05	05	National

5.2 Résultats de l'analyse descriptive des données

Cette sous-section présente les résultats de l'analyse descriptive des données.

Le tableau suivant montre la fréquence des discours par rapport aux différentes catégories élaborées et aux différents thèmes repérés dans l'analyse thématique.

Tableau V : Fréquence des discours par rapport aux catégories et thèmes

Catégories et thèmes	Nombre de répondantes	Fréquence
Expérience de travail et de séjour en milieu rural	14	08
<ul style="list-style-type: none"> • Longue durée de séjour • Bons sentiments sur le séjour 	08	02
Choix de la carrière de sage-femme		
<ul style="list-style-type: none"> • Vocation • Influence familiale ou d'un personnel de santé • Altruisme • Promotion professionnelle • Impression sur le stage de milieu rural 	15 15 15 15 14	03 05 06 01 14
Perceptions sur la stratégie FBR		
<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des objectifs : <ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins - Rétention du personnel de santé • Appréciation de la stratégie FBR : <ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins - Rétention du personnel de santé - Critères d'évaluation du FBR - Performance des sages-femmes 	15 12 15 15 15 15	15 12 15 15 15 15
Incitations financières		
<ul style="list-style-type: none"> • Salaires • Indemnités • Subsidés FBR • Autres incitations financières 	15 14 13 15	15 14 13 15
Incitations non financières		
<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de vie <ul style="list-style-type: none"> - Logement décent - Denrées de 1^{ère} nécessité (aliments, eau potable...) - Moyens de communication - Divertissements et loisirs - Sécurité des biens et des personnes - Unité de couple • Conditions de travail <ul style="list-style-type: none"> - Soutien personnel et professionnel 	15 15 15 15 15 15 15	12 12 7 09 10 04 15

- Qualité des infrastructures et du matériel médicotechnique	15	15
- Effectif et qualité du personnel de santé	15	15
- Organisation des services et des soins de santé	15	15
- Disponibilité des médicaments et consommables médicaux	15	13
- Charge de travail	15	13
• Education des enfants		
- Disponibilité et qualité des établissements	15	15
- Bourses et allocations spécifiques pour les enfants	15	15
Intention de quitter ou de rester		
• Intention de quitter		
- Concours professionnel	15	15
- Incitations financières	15	00
- Charge de travail	15	05
- Abandon de la profession sage-femme	15	02
- Conditions de vie	01	01
- Unité du couple	11	03
- Education des enfants	11	01
• Intention de rester		
- Subsidés FBR	15	09
- Unité du couple	11	08
- Conditions de vie	15	00
- Conditions de travail	15	00
- altruisme	15	00
Propositions d'amélioration		
• Incitations financières		
- Salaires	15	15
- Indemnités	15	15
- Subsidés FBR et autres incitations financières	15	15
• Incitations non financières		
- Conditions de travail	15	12
- Conditions de vie	15	13
- Education des enfants	15	09
- Assurance-maladie	15	02

Le nombre de répondantes a momentanément varié par items parce que soit que certains aspects ne les intéressaient pas, soit que certaines questions ne leur étaient pas applicables.

Expérience de vie en milieu rural

Cette première catégorie décrit les sentiments des sages-femmes (SFE) sur les conditions de vie en milieu rural en référence à leurs propres expériences. De l'avis de la majorité des participantes ayant assez vécu en milieu rural, les conditions de vie sont difficiles dans ces zones vues que les commodités pour le confort et les denrées de première nécessité ne soient pas toujours disponibles. Ainsi, s'adapter à ce milieu reste difficile pour plusieurs

raisons : (i) le parcours de longue distance pour obtenir des produits de première nécessité comme l'atteste le propos suivant :

Les conditions de vie, c'est pas simple d'êh, c'est pas simple, l'adaptation c'est pas simple(...). Je trouve les conditions c'était vraiment dans un milieu très éloigné, y avait rien même boîte d'allumette, il fallait parcourir 5 Km pour aller avoir, donc c'était compliqué. [Le]¹² marché y avait pas donc c'était compliqué (Sage_04).

(ii) l'absence d'électricité ainsi que la qualité des logements qui procurent un sentiment d'insécurité surtout en période hivernale comme illustré par la déclaration suivante :

La vie en milieu rural, en tout cas c'est pas facile comme ça, parce que déjà on n'a pas la lumière et puis les maisons aussi là-bas ne répondent pas aux normes comme celles de la ville. Donc de fois s'il pleut comme ça aussi, il faut se lever attraper et puis s'asseoir, tu pries Dieu faut pas que les toits vont tomber sur toi aussi maintenant (rires) [Sage_11].

Ces déclarations vont dans le même sens que celles de Sage_12 qui affirme que : «(...) les conditions-là ne sont pas totalement ça. Par exemple quelqu'un qui est habitué en ville et qui vient au village il aura du mal à vivre parce que il y a l'obscurité et ceci cela (...)».

Seule une seule participante a apprécié positivement son expérience en milieu rural, en ce sens que son éloignement du centre de santé de référence lui a permis de stimuler sa débrouillardise et de développer sa collaboration avec ses collègues comme l'indique ses propos suivants :

J'ai servi pendant cinq ans et j'ai vu que ça m'a apporté beaucoup, beaucoup d'intérêts parce que en tant que (...) souvent en tant que prestataire du milieu rural on est amené en tout cas à faire des recherches pour mieux travailler (...) parce que souvent on est loin des centres de référence donc avec les collègues on est souvent appelé à leur demander beaucoup de conduite à tenir pour pouvoir donner des soins de qualité. Je pense que...en tout cas, que l'exercice de la profession en milieu rural là ça apporte beaucoup d'intérêts, voilà (Sage_05).

Choix de la carrière de Sage-femme

La deuxième catégorie réfère aux raisons qui ont incité les enquêtées à choisir la profession de sage-femme. Trois motifs principaux ont été évoqués par les sages-femmes, à savoir l'altruisme, l'influence d'un proche ou d'un professionnel de santé et la vocation.

Concernant l'altruisme « disposition ou sentiment de vouloir s'occuper, aider l'autre », il est évoqué par six (6) participantes.

¹² L'utilisation des crochets [] permet une meilleure compréhension du texte.

Moi j'ai choisi la filière SFE puisque bon, j'ai voulu sauver, envoyer une dame avec son enfant, ça me plaisait entre temps, bon. Sinon en tout cas, je voulais l'infirmierie mais c'est à cause de l'enfant aussi qui m'a attiré vers ce domaine-là. En fait, c'est accompagner les dames (Sage_08).

Également animée d'altruisme, Sage_12 affirme que : *« (...) j'ai trouvé que donner une vie, aider quelqu'un à donner la vie en tout cas, c'est une satisfaction. C'est ce qui m'a plus motivé à venir ».*

À en croire les participantes, il y avait d'autres options professionnelles au moment de choisir le métier de sages-femmes qu'elles semblaient assez bien connaître avant de s'y aventurer. Pour preuve, Sage_08 voulait au départ être infirmière mais la cause du couple mère-enfant a prévalu au détriment des soins infirmiers.

Cinq (5) participantes quant à elles, ont été influencées par un membre de la famille ou par un professionnel de la santé (SFE). Cette influence positive les a amenées à aimer la profession sage-femme au point qu'elles l'ont choisie plus tard dans leur vie. C'est le cas de Sage_02 qui déclare que : *« J'ai toujours aimé le métier, en voyant les SFE pratiquer surtout à l'hôpital quand j'accompagne [une parturiente] et je vois comment elles travaillent ça m'a beaucoup impressionné, c'est ce qui m'a motivé à faire sage-femme ».* Quant à Sage_14, elle dit que *« C'est parce que j'ai déjà une grande sœur qui est déjà SFE, chaque fois qu'elle nous parle de son métier, vraiment ça me plaisait quoi donc je disais que si je deviens grande, moi aussi j'allais devenir SFE ».*

L'influence dont il est question n'est pas celle qui contraint ou interfère dans la prise de décision au moment du choix du métier de sage-femme, mais plutôt celle qui a suscité l'amour de la profession en ces intéressées bien avant qu'elles n'aient l'opportunité de se former.

Trois (3) participantes affirment être devenues SFE par vocation, en l'occurrence Sage_11 qui dans son discours déclare que : *« En tout cas j'ai choisi ça par vocation parce que toute petite en tout cas j'avais envie de faire ce métier en tout cas et puis aussi donner naissance à un bébé, ça me plaisait en tout cas ».* Ce motif est également évoqué par Sage_01 :

[Le] Métier de SFE (pause) je peux dire que c'est à partir de la 5ème que j'ai entendu parler de SFE, SFE-là, je rêvais vraiment de ça (elle parle de ça avec passion, rires). Donc à partir de terminale quand j'ai fait mon BAC, j'ai demandé à mes parents d'aller faire la formation à l'ENSP. C'est comme une vocation.

Il ressort de l'analyse de leurs propos que ces participantes avaient la possibilité de poursuivre leurs études mais au lieu de cela, elles ont préféré répondre à l'appel pressant (vocation) qui les animait depuis longtemps.

Par contre Sage_04 explique comment elle est passée de la recherche d'une promotion de carrière à aimer par la suite le métier de sage-femme :

En tout cas, moi je suis venue-là, c'est pour avancer hein, parce que c'était pas simple au service au CMA [Koupéla¹³], la pression aussi était là en tant qu'IB [Infirmière Brevetée] tu es là vous êtes au bas niveau. Le premier choix-là du moins c'était pour avancer mais je me suis rendue compte que profession SFE-là, c'est vraiment un art. Quand tu suis une femme jusqu'à la fin tu vois vraiment que y a une certaine satisfaction que tu récents, je ne savais pas que je pouvais sentir tout ça, mais au tout début-là je ne vais pas mentir c'était rien que pour avancer. Je trouvais que là-bas c'était plus facile de rentrer que IDE, bon ce que les gens disaient comme on voulait un grand nombre de SFE, c'est ça. Moi c'était surtout pour changer d'échelon (...) [On sent la passion pour son métier dans son expression].

En somme, le choix de la carrière de sage-femme pour ces participantes a été un choix volontaire et délibéré quel que soit la motivation qui le sous-tend. Ces choix également sont guidés et empreints d'amour pour la profession de sage-femme malgré les contraintes de l'environnement du marché d'emploi au Burkina Faso où la fonction publique reste le plus grand pourvoyeur d'emploi qualifiant. Ces résultats permettent d'affirmer que la motivation principale des participantes à l'étude pour le choix de la carrière de sage-femme est essentiellement intrinsèque (non financière).

Les impressions des participantes sur le stage de milieu rural

Quatorze (14) participantes ont effectué le stage de milieu rural d'une durée moyenne de deux mois, au cours de leur formation. Aux dires des participantes, ce stage de milieu rural est une bonne opportunité pour le renforcement et le perfectionnement de leurs connaissances et compétences pratiques. Ce stage leur a permis non seulement d'expérimenter les réalités de la vie socioprofessionnelle en général mais surtout celles en zone rurale où les conditions de vie et de travail ne sont pas toujours réunies pour des prestations de qualité. Voici quelques discours qui témoignent de la satisfaction des participantes par rapport à leurs stages en milieu rural :

Le stage en milieu rural nous a permis de vivre les réalités auxquelles nous serons confrontées une fois sur le terrain. Bon, ça nous a beaucoup aidés, parce qu'en ce

¹³ Le district de Koupéla est de la région sanitaire du Centre-Est.

moment on était comme des agents de santé pleins quoi. On arrivait à poser certains gestes avec la supervision des titulaires ; bon on se disait que c'était la dernière étape où on aura quelqu'un pour nous orienter en cas d'erreur puisque d'ici là on sera amené à être affecté dans des postes (...) (Sage_09).

(...) c'était vraiment génial parce que (pause) d'abord comme on l'a si bien dit le milieu rural, c'est aller encore une fois de plus mettre en pratique ce qu'on a reçu et vraiment là-bas on a eu beaucoup de cas. Les SFE qui étaient là nous considéraient déjà comme des professionnels, ils nous laissaient faire les actes étant bien sûr en leur présence et vraiment on a beaucoup appris (Sage_06).

Ça été vraiment bénéfique et formatif (en hochant la tête) parce qu'à l'école on (pause) je peux dire qu'on était nombreux, on n'avait pas vraiment l'opportunité de faire beaucoup d'accouchements mais quand on est allé en milieu rural, on nous a laissées vraiment, on a eu la latitude d'exercer, on a fait beaucoup d'accouchements, on a rencontré beaucoup de femmes par rapport à la PF [planification familiale] (...) (Sage_01).

Les sentiments sur les conditions de vie pendant ce stage ont été occultés par les participantes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles seraient généralement bien accueillies et bien intégrées par les titulaires au cours de leur stage de sorte qu'elles se sont focalisées que sur les aspects professionnels et formatifs de leur séjour.

Appréciations sur la stratégie du Financement basé sur les résultats (FBR)

Cette catégorie vise à apprécier les connaissances des participantes sur deux objectifs principaux de la stratégie FBR et à donner également leur appréciation sur les résultats de cette stratégie.

• Connaissance des objectifs du FBR

Il y avait deux objectifs principaux visés par cette rubrique à savoir l'amélioration de la qualité des soins et la motivation du personnel de santé en vue de leur rétention dans les postes de travail en milieu rural. La majorité des participantes (13 SFE) a pu énumérer ces deux objectifs que nous visions. Comme appréciation sur l'amélioration de la qualité des soins, nous pouvons énumérer le discours de Sage_07 qui dit : « *C'est améliorer la qualité des services des agents de santé donc amener les agents de santé à traiter les malades selon les normes voilà...ne pas sauter hum...[les étapes]* » Pour Sage_03 : « *c'est améliorer la prise en charge des patients (pause) c'est en gros hein ! Peut-être aussi améliorer le cadre de travail (...)* » et quant à Sage_13, elle pense que :

Cette stratégie vise à améliorer la qualité des soins dans le milieu sanitaire. Motiver les agents à moins se déplacer et peut-être à fournir des soins de qualité aussi. Parce que si tu sais que tu vas bien prendre en charge les patients, à la fin tu auras quelque chose, en plus de ton salaire ça va te motiver parce que souvent même y en avait qui après 9h, ils repoussaient les femmes pour dire que non y a plus CPN (soins prénatals) ou y a plus PF (...).

Les propos de ces participantes démontrent qu'elles connaissent bien les objectifs, les attentes et les exigences du FBR en matière de la qualité des soins. Elles comprennent également que les motivations financières sont tributaires de cette qualité des soins.

Concernant l'objectif sur la rétention du personnel de santé, Sage_15 affirme : « *Je vois que c'est une bonne initiative voilà, parce que ce que le FBR fait vraiment, ça peut nous retenir en tant que SFE en milieu rural (...)* ». Sage_10 à son tour relate que :

(...) je trouve que c'est une stratégie vraiment qui permet de maintenir les gens en milieu rural parce que si on prend côté l'outil d'indice tel que c'est défini il y a une partie où on parlait des absences ou bien l'ancienneté donc le fait de se déplacer beaucoup même si FBR c'est partout au Burkina le fait de se déplacer de district à un autre district ça permet de réduire les points et du côté motivation de l'agent là où l'agent devrait gagner beaucoup d'argent ça réduit ses sous. Je trouve que c'est une chose qui permet de maintenir les gens sur place. Ça permet de motiver le personnel, ça permet de retenir le personnel.

Il ressort des réponses des participantes qu'elles connaissent suffisamment bien la stratégie FBR à travers ses objectifs.

- **Appréciation de la stratégie FBR**

Cette appréciation du FBR par les participantes leur permet de juger les effets de la mise en œuvre de la stratégie FBR dans leurs structures de soins. Il donne une évaluation individuelle, une lecture de chaque sage-femme sur la performance théorique du projet. Cette appréciation concerne la qualité des soins dispensés, la rétention du personnel de santé, les critères d'évaluation du FBR et la performance des agents de santé.

Pour la qualité des soins, toutes les participantes reconnaissent et soutiennent que la stratégie FBR a fortement contribué à l'amélioration de la qualité des services et des soins dans les structures sanitaires du DSK. En effet, le FBR a permis aux formations sanitaires d'acquérir du matériel médicotechnique, la réfection des locaux, le recrutement de personnel de santé, toutes choses qui contribuent à améliorer les conditions de travail. Il a aussi permis bien qu'insuffisant d'assurer le financement de quelques formations pour le renforcement des compétences du personnel de santé, concourant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins. Selon Sage_15 : « *(...) la qualité des soins qu'on dispense à la population c'est acceptable,*

c'est bien. Avant l'arrivée de FBR, on travaillait, mais on voit que maintenant dans le cadre du FBR, on travaille plus en qualité et en quantité (...) ». Quant à Sage_02, elle apprécie aussi positivement cette qualité :

(...) il y a une bonne qualité des soins parce que y a des conditions que FBR pose pour avoir ces rémunérations. Il faut vraiment poser ces actes-là, faire bien le travail parce que y a des contrôles des évaluations donc je pense que FBR-là, ça permet d'améliorer la qualité des soins.

Dans la même optique, Sage_05 estime que : *« avant sans le FBR, y avait des soins mais en qualité insuffisante. Maintenant avec le FBR, on est obligé de remplir les documents. Un agent de santé aussi qui travaille sans outils, sans remplir ses documents c'est comme s'il ne travaillait pas (...)».*

Les discours des participantes montrent effectivement que la qualité des soins a été améliorée avec le FBR. Cette qualité qui est une condition préalable pour gagner des subsides les contraint donc à plus d'abnégation pour dispenser des soins conformément aux protocoles en vigueur et aux critères de qualité imposés par le FBR.

Concernant la rétention du personnel de santé, douze (12) participantes pensent que la stratégie FBR permet d'améliorer la fidélisation des sages-femmes dans leurs postes en zone rurale. Elles reconnaissent que certains agents de santé sont restés dans le district et que d'autres sont revenus après la formation du concours professionnel à cause du FBR. Sage_01 témoigne en ce sens que :

Les SFE sont un peu retenues dans, en milieu rural parce qu'elles sont un peu motivées, mais avant FBR les, les (rires) elles fuient seulement pour aller en ville parce que en milieu rural y a beaucoup de charge, y a beaucoup de travail, bon, on n'est pas motivée mais avec...FBR vient vraiment appuyer (...).

Quand on travaille et puis y a un peu aussi ça motive, ça motive également. Mais quand on travaille que y a rien bon, on sait que y a rien, bon, salaire aussi ça ne va pas, mieux vaut aller en ville, tu es cloîtrée là-bas et tu sais au moins que tu as le confort. En milieu rural, y a rien vous êtes là, vous n'êtes même pas à côté de la famille, la famille est éloignée tout, tout, tout bon, c'est un sacrifice hein ! Mais c'est vrai que parfois, on vient par vocation mais il faut reconnaître que c'est pour pouvoir survenir à ses besoins également (rires). Oui, oui je pense qu'en tout cas le FBR peut me motiver à rester en milieu rural au moins cinq ans, je suis prête à rester, oui je suis motivée (Sage_04).

Les subsides FBR peuvent retenir le personnel en milieu rural ; la preuve en est beaucoup qui sont dans les zones non FBR demande à venir dans les zones FBR. Bon, les formations sanitaires là où les gens se donnent parce qu'il faut qu'on se base sur ça, s'il n'y a pas d'entente, où les hommes ne se donnent pas, vraiment chacun va vouloir quitter et ils vont mettre le mal du FBR or c'est le contraire. « Financement basé sur les

résultats plus tu travailles plus tu gagnes ». Ça permet vraiment de retenir les agents, c'est vraiment des motivations qui permettent de retenir ou de faire même appel aux autres d'autres régions à venir (Sage_06).

Quant à Sage_15, elle déclare que : *«(...) on peut oublier le concours [concours professionnel] souvent, on pense pas à le faire parce que ce que FBR fait pour nous c'est bien. Voilà la motivation-là, vraiment nous on croit que ça peut nous retenir voilà».*

Il semblerait qu'effectivement de nombreux agents surtout les infirmiers chef de poste (ICP) ont refusé de faire les concours à cause des subsides FBR et que d'autres par contre le feraient par complaisance. Cette situation nous rappelle lorsqu'en 2015 où justement un ICP (en rappel l'étudiant-chercheur était membre de l'ECD du DSK de 2012 à 2015) est allé au centre de composition oubliant ses pièces justificatives au poste tandis que d'autres ont carrément dit qu'ils ne postulaient pas parce que n'étant pas prêts.

Quand on considère les dires des participantes, nous pouvons comprendre que les émoluments octroyés par l'État Burkinabé et particulièrement pour le service en milieu rural, sont insuffisants. Par conséquent, le FBR serait un stimulus monétaire et non monétaire intéressant qui inciterait le personnel de santé du DSK à travailler en zone rurale.

Pour les critères d'évaluation, toutes les sages-femmes conviennent qu'ils respectent les normes en matière de qualité des soins même si certains critères semblent difficiles à remplir aux vus du contexte socioculturel et des conditions de travail au Burkina Faso.

Sage_12 pense que *« c'est des critères qui sont en norme avec les soins de santé au Burkina...les critères là sont bien choisis en tout cas, si on veut bien voir les critères qu'ils utilisent pour évaluer, il n'y a pas de contradiction (...)».* Et Sage_07 consent que *« en tout cas, c'est efficace, ça permet d'apprécier la qualité, voilà. Je trouve que c'est efficace».* Ces critères sont donc en adéquation avec les protocoles de prise en charge en vigueur au Burkina Faso.

Pour ce qui intéresse la performance des enquêtées, il se dégage une unanimité quant à une amélioration de manière générale de leurs rendements. Elles ont enregistré des progrès significatifs grâce à la mise en œuvre des recommandations formulées lors des différentes évaluations quantitatives et qualitatives. Sage_06 rapporte que *«(...) je pense que c'est bien dans l'ensemble. Depuis le début du FBR jusqu'à présent on a de bons scores tant quantité que qualité voilà ».* Quant à Sage_04, elle déclare que :

Bon, je trouve que vraiment bon par exemple par rapport en décembre, FBR décembre, on a eu 76%, moi je n'ai pas fait deux mois même, en fin mars on a eu 92%, je trouve bon, qu'il y a une très nette, grande amélioration (...) [Sentiment de satisfaction et de fierté] (rires).

De l'analyse des opinions des participantes, il se dégage qu'unanimentement la stratégie FBR est d'une efficacité et d'une pertinence incontestée quant à l'amélioration de la performance des formations sanitaires du DSK. Cela vient corroborer les propos précédents des participantes qui affirmaient que le FBR contribuait à l'amélioration de la qualité des soins.

Les incitations financières

Cette section avait pour objet d'apprécier le degré de satisfaction des participantes quant aux différentes rémunérations et avantages pécuniaires dont elles sont bénéficiaires (salaires, indemnités, subsides FBR et autres perdiems). Les incitations financières occupent une place de choix dans les politiques de gestion des ressources humaines en santé et particulièrement dans les stratégies de rétention des professionnels de santé dans les zones rurales ou éloignées. Elles sont également au cœur de la stratégie du financement basé sur les résultats.

- **Les salaires**

Les salaires que perçoivent les sages-femmes dans l'exercice de leur fonction au Burkina Faso sont identiques quelque soit la région sanitaire du pays (rurale comme urbaine). La différence se situe uniquement au niveau de quelques indemnités. De toutes les participantes, aucune n'a exprimé un sentiment de satisfaction quelconque pour le salaire perçu en tant que sage-femme. À cette faible satisfaction, vient se greffer une frustration due au manque de discrimination salariale positive en faveur des SFE qui travaillent en milieu rural. Cet état de fait se traduit aisément dans les discours des unes et des autres comme le signifient ces participantes:

Sincèrement dit, je pense que c'est insuffisant, salaire-là c'est insuffisant et insuffisant en milieu rural. Je pense même qu'en milieu rural, on dépense encore plus qu'en ville parce que tout revient un peu plus cher. Donc s'ils peuvent faire quelque chose concernant les salaires-là ça va mieux nous motiver de rester en milieu rural. Les salaires en milieu rural doivent être plus élevés que les salaires en ville voilà [le ton s'élève et elle s'exprime avec un peu de ras-le-bol]. (Sage_02)

(...) par rapport à la rémunération, moi particulièrement j'allais dire que c'est trop bas voilà par rapport à l'effort fourni, aux horaires par jour donc de temps ou il faut dire au cours du mois le nombre d'heures que tu vas passer au service par rapport au salaire,

vraiment je vois que c'est trop infime. Et vues les conditions de vie sociales aussi et la hausse des prix des différents produits de première nécessité, on n'arrive pas à joindre les deux bouts avec ce salaire-là. (Sage_06

Pour Sage_08, elle pense que : « (...) c'est très peu, c'est très peu puisque en milieu rural, en fait le manque de personnel, nous on travaille plus, on travaille plus et puis il y a la famille en ville, il faut à chaque fois les va-et-vient (...) ».

- **Les indemnités**

La grille indemnitaires du personnel de santé au Burkina Faso octroie une légère différence compensatoire pour le service en milieu rural. C'est ainsi que les agents de santé de la catégorie B1 dont font partie les SFE et les infirmiers d'État (IDE), ont un surplus de dix mille francs CFA (10 000 F) pour les indemnités de garde et cinq mille francs CFA (5 000 F) pour les indemnités d'astreintes, soit un total de quinze mille francs CFA (15 000 F CFA) de différence. Mais de l'avis de toutes les participantes, cette discrimination indemnitaires reste insuffisante et ne compenserait pas les efforts fournis en termes de charge de travail et de conditions de vie défavorables. Sage_07 s'en plaint presque et pense que : « (...) ce n'est pas normal, je crois qu'on doit encourager ceux qui sont, ceux qui acceptent travailler dans les périphéries. Ça va amener les gens en tout cas à venir y travailler ». De même, Sage_06 soutient que :

(...) tout agent hormis la santé même qui œuvre en milieu rural ne devrait pas avoir les mêmes indemnités voilà que la personne qui est plus proche ou qui exerce en ville. Donc, premièrement les conditions de vie voilà en milieu rural c'est vraiment très difficile, l'accessibilité de l'eau, la nourriture très difficile et il faut dire les locaux pour en trouver c'est très difficile. Pour parler aussi des risques lorsqu'on parle des indemnités c'est tout ça, les risques en milieu rural c'est encore plus élevé, l'agent en milieu rural est encore plus exposé que l'agent en milieu urbain sur tous les plans : éducatif, sanitaire et alimentaire ; or c'est tout ça qui fait la vie même si tu en as dans la poche si tel ou tel manque tu n'auras pas voilà.

Les propos de Sage_14 rejoignent ceux des autres en ces mots :

(...) je trouve que nous courons plus de risque parce que nous sommes appelées à travailler seules, à faire bon, le travail de plusieurs personnes seules. Et puis nos indemnités si on prend l'exemple de...les indemnités de garde, on a plus de gardes dans le mois que l'indemnité que nous percevons. Je trouve en tout cas que c'est moins bon (...).

Toutes les participantes ont exprimé leur insatisfaction concernant les salaires et les indemnités qu'elles perçoivent au titre du service en milieu rural. Elles déplorent surtout

l'absence de discrimination positive conséquente entre les émoluments perçus en milieu rural et ceux reçus en ville.

- **Les subsides FBR**

Les subsides sont au cœur de la stratégie FBR. Ils servent à la motivation financière du personnel de santé et au financement du plan d'amélioration de la performance (PAP) des formations sanitaires à travers l'acquisition de matériel médicotechnique, la logistique roulante, la réfection et la réhabilitation des locaux, les formations/recyclages des prestataires de soins etc. Il est important de rappeler que ces subsides sont proportionnels au rendement des structures sanitaires. Dans la gestion des ressources, il se trouve que toutes les participantes ne soient pas satisfaites de la quote-part qui revient au personnel par rapport à celle réservée pour les investissements de la formation sanitaire. En effet, à l'exception du CMA dont le FBR octroie 60% des subsides pour la motivation du personnel, il est de 30% au niveau des CSPS contre 70% pour les investissements. Par conséquent, la plupart de ces participantes (10 participantes) ont affiché un mécontentement quant au montant qu'elles perçoivent et elles souhaitent toutes, une répartition paritaire (50%-50%) à défaut d'inverser la tendance actuelle. A ce titre, Sage_05 s'en défend énergiquement en disant :

Cette clé de répartition n'est pas normale parce que ce sont les agents de santé (pause) qui offrent les prestations et au retour ils gagnent de l'argent et ce qu'ils gagnent est faible, ce qu'on leur donne est faible par rapport à ce qui doit rester dans le COCES (pause). Avant, ce qui était prévu pour le personnel de santé c'était bien, c'était satisfaisant mais actuellement ce qui est réservé pour le personnel de santé, je pense que c'est faible. Ça été revu à la baisse pour le personnel de santé et à la hausse pour le COGES, voilà.

Quant à Sages_14, elle s'empporte en disant que :

(...) c'est la répartition qui n'est pas du tout ça, le COGES gagne plus que ce que les agents gagnent donc ça fait que (pause) côté gestion-là je ne sais pas mais je trouve que c'est pas équitable. Ce que je propose, c'est que même si ce n'est pas à part égale que quand même que ce que nous gagnons-là (pause) que le COGES ne gagne pas plus que ce que nous gagnons (...).

Quant à Sage_02 elle déclare que « (...) la clé de répartition-là n'est pas satisfaisante d'êh ; je ne sais pas comment expliquer mais c'est pas satisfaisant hum. La répartition n'est pas, je peux dire que ce n'est pas trop équitable comme ça (...) ».

Pour Sage_09, il y a eu des modifications qui ne sont pas d'ordre à favoriser le personnel de santé :

Jusqu'au mois de septembre on peut dire que ça va mais après ça il y a eu des modifications à l'intérieur de la grille, des modifications qui ont eu tendance à diminuer le prix des indicateurs. C'est ce qui fait que quand on regarde avant au CMA on pouvait taper au moins 4 millions, 3 millions voire plus souvent mais depuis octobre en tout cas on n'arrive plus à avoir ces sommes. Non seulement le prix des indicateurs a baissé bon, il y a aussi le fait que avant il y a 60% que les agents doivent se partager. A partir d'octobre la somme que les gens doivent se partager là ça ne vaut plus ce qu'on se partageait avant octobre. Le prix des indicateurs non seulement a baissé mais aussi le pourcentage à se partager n'est plus comme avant.

Dans ce même ordre d'idées, Sage_13 affirme que :

Au début là en tout cas, ce qu'ils donnaient là, c'était mieux par rapport à aujourd'hui là. Ils ont vu leur montant là à la baisse donc (pause) [Déçue]. Nous, on n'est plus satisfait. Sinon au début là c'était bon mais maintenant comme ils ont réduit, réduit les sommes-là, bon, on n'est plus aussi motivé que avant.

Selon les participantes, le FBR a revu ses taux à la baisse pour certains indicateurs et il prévoit aussi réduire la part (pourcentage) de subsides destinés aux personnels de santé pour compter du mois d'octobre 2016. En fait, le FBR a accusé un retard de paiement des subsides depuis le mois de Juin 2016. Tous ces aléas ont engendré une baisse de la satisfaction du personnel de santé. Mais ce retard de paiement serait en passe de résolution avec en vue le remboursement de 12 mois d'arriérés. Toute cette situation a engendré des inquiétudes au sein des professionnels de santé qui sont amplifiées par des rumeurs de la fin de la stratégie en juin 2017. Mais la sérénité est revenue depuis l'assurance du remboursement des arriérés. En dépit de cette situation, elle n'aurait pas apparemment trop entaché la motivation de la plupart du personnel au regard de leurs performances qui vont crescendo. Cela pourrait s'expliquer par les garanties que les agents de santé auraient eues de la part de la structure technique du FBR (ST_FBR) et du directeur régional de la santé pour régulariser la situation.

Cependant, la plupart de ces participantes a exprimé une certaine satisfaction malgré la grosse part qui revient aux structures sanitaires. C'est le cas de Sage_09 qui affirme que : « *Ce qui me revient, je peux dire que ça va comme c'est un plus, ça peut contribuer à boucher quand même certains trous* ». Pour Sage_01 : « *Je pense que c'est acceptable, ça...ça nous aide à combler d'autres trous en tout cas (rires). On est satisfaite (...)*» Quant à Sage_15, c'est la satisfaction totale :

(...) 60 à 70 000 F par mois parce que souvent ça peut atteindre 80 à 95 000 F comme ça peut ne pas atteindre ça. Il y a des mois on peut gagner 50 000 F, je suis satisfaite, c'est bien parce que en dehors de mon salaire si je gagne ça voilà, donc en périphérie je peux faire beaucoup de choses avec ça à moins que je veux l'argent pour faire autre chose.

Sinon si ça ne tient qu'au loyer en tout cas, les vivres, quoi-quoi-quoi même, si je ne prends pas mon salaire, je trouve c'est bien.

En réalité, il n'y a ni divergence, ni ambivalence d'opinions car le véritable grief des sages-femmes se situe au niveau des 70% des subsides reversés aux formations sanitaires qu'elles jugent inéquitables. Cette frustration est alimentée par le fait que selon plusieurs participantes (Sage_03 ; Sage_07 ; Sage_13 ; Sage_14 ; Sage_15), les ICP profiteraient plus de ces 70% que tous les autres acteurs et généralement par malversations (surfacturation, achat de matériel de mauvaise qualité, dépenses non effectives etc.) limitant ainsi les autres investissements. Alors que l'outil d'indice permet la répartition équitable des subsides, elles préfèrent donc une augmentation du pourcentage des subsides du personnel afin que cela soit profitable à tous les acteurs. Nonobstant ces quelques griefs, on sent un certain engouement des participantes concernant ces subsides.

- **Autres incitations financières**

Ces incitations regroupent toutes les autres activités sanctionnées par l'octroi de perdiems ou de pécunes telles les formations/recyclages, les rencontres, les campagnes (dépistage, supplémentation, vaccination, etc.), les jetons de présence et les ristournes. Avec le FBR et l'autonomie de gestion accordée aux structures sanitaires, elles devraient désormais assurer les financements des formations et des recyclages à travers les subsides en les planifiant dans leurs PAP. Malheureusement, ces CSPS connaissent des insuffisances dans l'expression de leurs besoins et dans l'élaboration de ces PAP, justifiant ainsi la réduction drastique de ces activités de renforcement de compétences, situation aggravée par les retards de paiement de ces subsides. Aussi, les ristournes sont actuellement très dérisoires à cause de la politique de gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes. Selon Sage_01 : « *Si c'est ça-là hum, ça vaut rien même, ça vaut rien si c'est ça-là ça vaut rien, les ristournes-là. Chaque trois mois-là ce qu'on prend-là ça dépasse pas 15 mille, de fois ça vaut pas 10 mille... [Francs CFA] (Elle tape dans ses mains traduisant sa déception).* »

Formation continue, depuis que je suis là je n'ai jamais eu de formation même pas un seul. Les autres districts, chaque fois on m'appelle que je suis en formation, y a d'autres mêmes qui ont fait cinq, six formations déjà, Kongoussi est là zéro (pause). Depuis que je suis là, que je suis sortie de l'école y a jamais eu de formation, jamais au grand jamais. Ça vaut six mois donc on est presque à la fin de l'année, on espère que ça va aller, je sais pas (Sage_04).

Les formations et les recyclages relevant désormais des prérogatives du FBR s'en trouvent rognées considérablement selon les participantes. Or, cela devrait être du ressort des formations sanitaires à travers leurs PAP financés par les subsides.

Les incitations non financières

Les incitations non financières regroupent les facteurs non pécuniaires qui peuvent motiver les professionnels de santé à rester en milieu rural. Ce sont entre autres les conditions de vie, les conditions de travail et l'éducation des enfants. Cette catégorie vise donc à apprécier les opinions des sages-femmes sur ces types d'incitations dans le contexte du FBR.

• Les conditions de travail

Le FBR a pour objectif d'améliorer les conditions de travail afin de rendre accessibles des soins de qualité aux populations. Ces conditions de travail regroupent essentiellement le soutien personnel et professionnel, la qualité des infrastructures et du matériel médicotechnique, l'effectif et la qualité du personnel de santé, l'organisation des services et des soins, la charge de travail, et de la disponibilité des médicaments et des consommables.

La majorité des participantes (13) pensent que le soutien personnel et professionnel est très insuffisant. En dehors de l'esprit d'équipe, le soutien mutuel, les congés, et dans une moindre mesure l'accompagnement des supérieurs hiérarchiques, les autres dimensions du soutien personnel et professionnel ne semblent pas être développées et promues dans le DSK. Cela ressort dans les discours des participantes :

(...) pour le moment dans le DSK, je n'ai pas encore vu ce genre de motivations (rires), on n'a pas, je n'ai pas encore reçu de motivations concernant (...) même si c'est oral, si vraiment FBR pouvait le faire peut-être ça va encore motiver plus, même si y a pas de financement on est encouragé, on continue de travailler (Sage_02).

Sage_09 aborde dans le même sens en affirmant : « (...) Genre des lettres de motivation, on n'a jamais vu ça, on n'a jamais vu ça. L'esprit d'équipe, bon, les gens font l'effort de travailler main dans la main pour le bien-être des patients. »

La satisfaction des participantes concernant le soutien personnel et professionnel est jugée modérée. Et en phase avec leurs opinions, le FBR a effectivement renforcé l'esprit d'équipe en développant la vision commune de l'équipe de la structure à travers la recherche de la qualité des soins pour une meilleure performance. Cependant, les évaluations quantitatives et qualitatives du FBR ainsi que les supervisions trimestrielles et semestrielles

de l'ECD, régulièrement réalisées sont des soutiens importants au profit des prestataires de soins. Il faudra souligner également les soutiens multiformes des COGES des FS à travers leurs interventions lors des événements sociaux heureux ou malheureux (mariage, naissance, maladie, décès etc.). Cette satisfaction modérée des participantes concernant le soutien personnel et professionnel pourrait s'améliorer si le FBR et l'ECD mettent en place un système de reconnaissance du travail fait accompagné des lettres de motivation, de promotion interne et de primes pour les meilleurs agents et meilleures structures sanitaires. Mais il faut reconnaître que généralement certains aspects du soutien personnel se manifestent de façon spontanée et contextuelle (ex. soutien dans les situations difficiles...). Pour ce soutien, il existe à titre d'exemple, des formations sanitaires qui disposent de caisses de solidarité mises en place par les agents eux-mêmes pour le soutien dans des situations familiale et professionnelle difficiles ou heureuses. Nous pensons donc que toutes ces initiatives et interventions formelles et non formelles ne sont pas négligeables et contribuent certainement à la motivation du personnel.

Les ressources financières octroyées par le FBR ont permis d'acquérir du matériel médicotechnique et d'améliorer la qualité des infrastructures. Mais le retard de paiement des subsides que connaît le DSK depuis juin 2016 a freiné l'élan des structures sanitaires, de l'avis de certaines participantes. Par conséquent, les avis de la plupart des participantes penchent vers une satisfaction mitigée.

Premièrement même les locaux, par exemple à la maternité ici tout est mélangé : on n'a pas de suites de couches (SDC) physiologiques ni pathologiques, y a pas de grossesses pathologiques, y a pas salle d'attente tout est mélangé et c'est pas à la maternité seulement presque dans tous les services, c'est le même problème. Si on pouvait avoir un peu de séparation de services-là ça allait beaucoup nous aider (Sage_02).

Sage_15 déclare que :

(...) côté infrastructures, bon je ne suis pas logée mais les collègues disent que leurs logements-là ça ne vas pas ; maternité, notre salle d'accouchement c'est restreint ; dispensaire salle de consultation ça suinte surtout pendant la saison pluvieuse voilà; côté hospitalisation aussi bon, ça ne vas pas. Côté infrastructures ça mérite même qu'on...décoiffer même pour renouveler, voilà. On n'a pas de clôture, donc tout ça (...).

Pour Sage_01, il y a des insuffisances :

(...) on est en manque de matériel (pause) par exemple genre simple tensiomètre (rires) c'est gâté et dans tout CSPS c'est un qui fait le tour du CSPS puis en maternité. En plus de ça j'ai parlé du problème d'électricité donc le jour qu'il pleut là la plaque ne donne pas comme ça, la nuit y a pas la lumière, donc tu es là la nuit on se débrouille avec les torches pour faire les accouchements.

Le FBR a permis aux formations sanitaires d'acquérir du matériel médicotechnique afin d'améliorer le plateau technique mais cela reste néanmoins insuffisant. La difficulté majeure réside au niveau des infrastructures où les investissements sont généralement lourds au-delà des capacités financières des structures sanitaires. L'insuffisance et la vétusté des locaux (maternité, dispensaire et logements) sont une réalité dans la majorité des CSPS et au CMA où la situation est plus criarde.

L'effectif et la qualité du personnel de santé sont insuffisants d'après la majorité des participantes (12 participantes). Face à cette pénurie, le FBR permet aux structures sanitaires de recruter le personnel qualifié dont elles ont besoin. Mais, la réalité en est autre car quoiqu'on fasse, ces subsides ne peuvent supporter à long terme le salaire des SFE qui d'ailleurs ne sont pas très intéressées à travailler en milieu rural avec des salaires réduits selon certains responsables de CSPS (ils auraient tenté de recruter mais sans succès). Sage_14 déplore cette pénurie de personnel qualifié en déclarant que :

(...) c'est l'effectif du personnel qui pose problème, voilà. Souvent c'est, l'effectif là est vraiment réduit donc ça fait que la qualité des soins laisse à désirer. Si vous êtes peu par rapport à une grande population, bon, vous faites ce que vous pouvez hein ! C'est très compliqué. La charge de travail est très élevée par rapport au nombre de personnel.

Quant à Sage_03, elle trouve que « (...) l'effectif est très, très peu parce que une personne qui se retrouve à gérer deux unités la maternité et le dispensaire, tu vois que ça c'est un peu compliqué (...) ».

La pénurie de professionnels de santé en milieu rural est un secret de polichinelle pour les décideurs et les gestionnaires des ressources humaines. Elle s'est légèrement améliorée mais demeure d'actualité en raison de la persistance de la mauvaise répartition des agents de santé.

L'organisation des services et des soins, à travers la mise en place d'un système de permanence et de roulement des prestataires malgré les effectifs limités, a contribué à l'amélioration de la qualité des soins à travers l'intégration, la globalité et la continuité des soins. Treize participantes jugent satisfaisante cette organisation des services et des soins. C'est le cas de Sage_11 qui dit que « C'est bien parce qu'ici on a un système de roulement, les gardes et les permanences sont assurées, les matinées. Il n'y a pas de problème en tout cas » et pour Sage_07 :

Bon ! Il y a un programme qui est là, un programme de garde et de permanence où tout le monde doit suivre, il y a l'heure de service et puis il y a les postes de service qui sont affectés aussi où chacun sait où tu dois travailler. Il y a la continuité des soins puisqu'on se relaie il n'y a jamais eu la salle sans un agent de santé donc le programme est bien

établi. Avec le FBR, il y a l'intégration, la globalité des soins. Bien avant c'était la même chose mais c'est au niveau de la qualité des soins que ça a vraiment amélioré. La manière dont on travaillait, ça beaucoup changé en tout cas.

Quant à Sage_12, il aborde dans le même sens par ce propos :

Je trouve que l'organisation là ça permet de dispenser des soins de qualité parce que si on prend il y a d'abord un programme de garde et de permanence et des cahiers de consignes pour celui qui descend-là marque des consignes il ne laisse pas oralement mais aussi écrit quoi, donc ça permet de suivre malades pour ne pas bâcler les traitements.

Cette organisation devrait permettre aussi de réduire la charge de travail tant décriée par le personnel, du fait d'une meilleure répartition des tâches. Mais cette dimension n'a pas été évoquée par les participantes.

La disponibilité des médicaments et des consommables médicaux est l'une des conditions sine qua non pour dispenser des soins de qualité. En effet, les ruptures fréquentes de médicaments entravent une meilleure prise en charge des patients. Malheureusement, selon treize (13) participantes, les formations sanitaires ont connu des ruptures fréquentes en médicaments. Cette situation serait probablement due à la politique de gratuité des soins au bénéficiaire des mères et des enfants de moins de 5 ans qui a favorisé une forte utilisation des services de santé et une inadéquation entre l'offre et la demande.

Les participantes se sont exprimées sur ce sujet en soulignant les désagréments que ces ruptures causent sur l'offre des soins :

Les médicaments ne sont pas disponibles en tout temps. On connaît souvent des ruptures, vue la distance et puis le nombre de la population fait que (pause) .à cause de la gratuité les produits ne sont pas disponibles en tout temps parce que la demande est devenue plus forte par rapport à l'offre (Sage_14).

Dans le même ordre d'idées, Sage_08 dépitée, déclare :

(...) médicaments avec la gratuité, tout est compliqué. On ne peut même pas avoir gants pour travailler. Par exemple une femme qui vient à dilatation complète, il faut que les accompagnants partent à la pharmacie du Bam [pharmacie privée située en ville] pourtant c'est distant (...).

L'affirmation de Sage_06, vient également étayer ces avis :

Les médicaments ne sont pas disponibles à tout moment, ce qui vraiment freine ou biaise la qualité des soins. On est amené à prescrire la personne est obligée de partir à des distances ou il fait trois jours avant de gagner son produit pendant que le mal est là, voilà. Donc vraiment le côté médicaments même ça c'est à revoir. Les intrants que ce soit les seringues, que ce soit les gants c'est tellement compliqué qu'on n'arrive pas à bien respecter les normes de qualité. Pour dire présentement là où on est là si on dit

qu'on n'a pas de gants stériles, de seringues 10 cc, les gens ne vont pas croire ; donc on ne sait pas à ce niveau ce qu'il faut faire sinon c'est vraiment un frein. Les molécules de première nécessité en manquent souvent.

En analysant les propos des répondantes, les ruptures en médicaments seraient dues un problème lié à la CAMEG dans l'approvisionnement et la disponibilité des médicaments en quantité suffisante plutôt que dans la gestion des dépôts MEG des CSPPS. En effet, le FBR renforce les capacités des formations sanitaires dans la gestion des dépôts de médicaments (DMEG) à travers les évaluations qualitatives et le financement de leurs plans d'amélioration de la performance (PAP). Quelques verbatims sous-tendent cette idée :

FBR nous aide pour prendre bien soin des malades mais s'il y a des ruptures ! La commande est partie on dit que y en a pas, la rupture est au niveau du DRD. C'est des fois de demander aux autorités d'essayer de comprendre les agents aussi et comprendre les agents c'est quoi ? C'est essayer de voir comment travailler avec les agents afin que ça soit la population ou les agents se sentent dans leur peau parce que si ça balance, s'il y a rupture, on peut pas avoir des soins de qualité ; si y a rupture ça va baisser la fréquentation. (Sage_10)

(...), également il y a les ruptures de médicaments-là qui nous fatigue. Il y a beaucoup de médicaments qui manquent actuellement, donc tout ça fait que les conditions de travail là, c'est devenu bizarre. Actuellement, on ne peut même pas faire un mois sans avoir une rupture et y a des produits même ça vaut 2-3 mois, on n'a plus ça dans nos dépôts. D'aucuns parlaient du problème de la CAMEG mais, je ne sais pas si c'est vrai (Sage_13).

La charge de travail est souvent la conséquence de l'insuffisance de personnel de santé qualifié ainsi que de l'insuffisance dans l'organisation des services et des soins. Mais il faut reconnaître que dans le contexte du FBR, en plus de l'utilisation importante des services de santé due à la stratégie de gratuité des soins, le remplissage des outils de ces deux stratégies augmente considérablement la charge de travail. Cette charge de travail est rapportée par plusieurs participantes (11 sur 13 SFE) qui la trouve élevée. Sage_01 rapporte que : « Ah, si c'est charge de travail là, c'est beaucoup dêh. Parce que oh ici-là nous on n'a pas de salle de garde hum, si tu descends-là tu rentres tu te laves et puis tu ressors matin-là encore travailler (...)» et Sage_07 affirme que « le personnel est toujours insuffisant, on n'est pas nombreux, la charge de travail est vraiment élevée ».

Pour réduire cette charge de travail, le FBR autorise le recrutement d'agents en cas de besoin. Aussi, pour prévenir l'absentéisme du personnel de santé dans les postes, une des causes de surcharge de travail, l'outil d'indice tient compte des absences dans la répartition des subsides mensuels des agents. Elle est une arme de dissuasion pour les absences de

complaisance et pour les outrepassements des délais lors des autorisations d'absence accordées par les supérieurs hiérarchiques du district.

Après l'analyse des discours concernant les conditions de travail, il ressort qu'en dépit de l'existence de certaines insuffisances, des notes de satisfactions sont à mentionner du moment que la situation s'est globalement améliorée avec l'avènement du FBR.

- **Les conditions de vie**

Ce sous-thème des incitations non financières permet d'apprécier l'environnement dans lequel vivent les sages-femmes en milieu rural dans l'exercice de leur fonction dans le contexte du FBR. Ces conditions de vie regroupent essentiellement la disponibilité de logement décent, la disponibilité et l'accessibilité aux denrées de première nécessité y compris l'eau potable, la sécurité des biens et des personnes, les divertissements et loisirs et la disponibilité des moyens de communication.

La disponibilité de logements décents n'est pas satisfaisante selon la majorité des participantes (10 sur 12 SFE). En effet, il y a une insuffisance et une vétusté des logements existants avec peu de commodités (absence d'électricité, clôture, eau courante, manque de plafond, toit perforé etc.) en milieu rural. Par contre, on trouve des logements de qualité acceptable à Kongoussi, mais le prix exorbitant des loyers décourage plus d'une personne. Toutes les communes que couvre le DSK ont été électrifiées mais malheureusement les services sociaux tels la santé n'en bénéficient pas en dehors du CMA, des CSPS de Bourzanga, Rouko, Birou, Secteur 5 et de Tikaré dans une moindre mesure (seuls le CSPS et deux logements sont électrifiés). Cette insatisfaction concernant les logements est mentionnée dans les propos de la plupart des participantes. C'est ainsi que Sage_09 relate que :

(...) pour avoir au moins une maison deux chambres + salon souvent les conditions ne sont même pas réunies, tu n'as pas minimum, minimum vingt mille [francs CFA] à...souvent chambre + salon tu n'as pas moins de vingt mille à déboursé pour ça, pourtant en tout cas quand on venait on a vu des gens qui ont pris des cours uniques à dix mille francs ici. Mais présentement avec l'orpaillage là tout est devenu cher.

Pour Sage_04, c'est un cri de son ras-le-bol :

(...) les logements sont nuls, si c'est ça seulement-là c'est nul. Voici ma maison qui est arrêtée, je n'aurai pas indemnité de logement, on m'a refusé ça que de sortir si je veux indemnité de logement de sortir. Mais dans cette brousse-là, tu vas sortir aller où, tu vas sortir aller où avec un petit enfant, tu vas dans village-là tu seras là-bas, l'insécurité surtout. Bon ! Maison qui est arrêtée qui va te coûter 37500F pour rien ça sainte comme

ça-là, y a même pas de plafond ni rien, ça suinte, y a même pas de peinture, non c'est pas simple.

Quant à Sage_03, elle soutient cet état de fait en déclarant que :

Les logements sont moyens, moyens, y a pas de ventilo, y a pas d'eau, y a pas courant, voilà alors qu'on nous coupe beaucoup pour ça, y a pas de commodités. Le montant qu'on paie en milieu rural, avec ce même montant en ville tu gagnes en tout cas un meilleur logement quoi avec en tout cas toutes les commodités l'eau, courant (...).

Les logements occupent une place importante dans les conditions de vie des agents de santé en milieu rural car ils participent à la qualité de vie par la sécurité du personnel de santé et de leurs biens. Mais ces logements administratifs et locatifs sont très insuffisants et de qualité peu satisfaisante.

Concernant les denrées de première nécessité (eau potable, aliments, produits d'hygiène et d'entretien etc.), elles sont disponibles mais pas très accessibles du fait de la cherté de la vie. En effet, depuis l'avènement de l'or dans la région, les prix de tous les produits ont flambé à l'image de ceux des logements. Aucun produit de consommation n'échappe aux enchères qui montent et pas même les produits locaux (condiments, poisson et viande). Nonobstant cette dure réalité, les fonctionnaires de ces zones minières et d'orpaillage n'ont aucune compensation de la part de l'État pour y faire face. La majorité des participantes a attesté cette situation qu'elle illustre dans leurs discours comme suit. Sage_14 affirme que :

En fait, les conditions ne sont pas réunies en tout cas pour bien vivre en milieu rural. Souvent y a pas de marché, il faut souvent faire si tu as l'occasion de rentrer en ville il faut faire le marché d'un mois, il faut t'approvisionner pour un mois au maximum pour pouvoir rentrer.

Sage_02 reconnaît aussi qu'il est difficile d'avoir accès aux produits de subsistance : « *Sincèrement les conditions de vie à Kongoussi c'est trop cher. C'est trop cher surtout au niveau du manger, tout revient cher (...)* ».

La sécurité des biens et des personnes est une préoccupation pour plus d'une participante (7 sur 10 SFE) bien que la situation actuelle ne soit pas des plus à risque. Le contexte des activités minières dans presque toute la province engendre son lot de fléaux dont l'insécurité qui s'étend même jusqu'à la circulation routière où les accidents des cyclomoteurs sont quasi fréquents (cela est dû à la méconnaissance du code routier, excès de vitesse, consommation d'excitants etc.). Cette insécurité est aussi caractérisée par des violences et des agressions verbales, et dans une moindre mesure d'ordre physique des agents de santé en

général. Cette insécurité est accentuée par le problème de logement suscité. Les participantes rapportent à l'exemple de Sage_11 que :

On ne peut pas dire que nous sommes en sécurité parce que ; avec l'or là quand de fois l'or ne marche pas comme ça, les gens deviennent des voleurs tournent partout. Maintenant ça devient compliqué parce que présentement l'or là ça ne fonctionne pas comme ça, donc c'est devenu des voleurs qui tournent dans le quartier.

Quant à Sage_12, il rapporte que :

En réalité, dire que y a la sécurité c'est trop dit parce qu'à tout moment on peut vous harceler surtout les logements sont éloignés du CSPS, il faut marcher chaque fois pour aller et revenir. A tout moment on peut avoir des agressions, souvent aussi il y a des voleurs tu sors et puis, ils viennent rentrer dans la maison donc côté sécurité n'est pas aussi satisfaisant comme ça.

Sage_14 raconte que « (...) quand j'étais en service à Beeftown¹⁴ là, on n'était vraiment pas en sécurité, je ne mens pas. En tout cas si y a un événement qui surgissait, je ne vois pas c'est qui, qui allait nous protéger là-bas (...) ».

L'insécurité dans la zone de Kongoussi semble un fait indéniable car en sus de ce qui est dit précédemment, des cas de braquage à main armée sur les grands axes routiers ont été rapportés [l'étudiant-chercheur a été lui-même victime d'un braquage à main armée dans la zone en 2015]. L'environnement de travail est d'autant plus inquiétante que lorsque vous êtes une femme et que vous devriez assurer les services de nuit (gardes) sans un minimum de sécurité (FS non clôturée, absence gardien de nuit et résidence de la SFE hors de la FS).

Tout travailleur a besoin de repos et de divertissement pour décompresser et pour se détresser des pressions professionnelles. Cela permet en effet de prévenir l'attrition et le burnout qui sont une des causes de la désertion des zones rurales et de la profession. Á propos de divertissements et de loisirs, les neuf (09) participantes ayant donné leur point de vue n'en trouvent pas satisfaction. Pendant que certaines SFE accusent le manque de temps dû à la charge élevée de travail pour se divertir, d'autres par contre soulignent l'absence de cadres propices pour la pratique des activités de divertissements et de loisirs (jeux de société, structures sportives etc.). Sage_08 se justifie à ce sujet en ces termes :

En tout cas, y a pas de lieux de loisirs, c'est le service c'est la maison. Même si tu veux te divertir si ce n'est pas sortir souvent boire la bière à part ça ! Et puis boire la bière là même, ce n'est pas bon (rires). Il faut souvent sortir mais en fait ce n'est pas en buvant là aussi, voilà (rires).

¹⁴ Beeftown est un pseudonyme du village où Sage_14 a travaillé avant son poste actuel.

Sage_02, elle affirme que : « (...) y a pas de lieu de distraction comme ça ; lieu de distraction qu'on peut dire si c'est pas dans les débits de boissons comme ça ; on n'appelle pas ça aussi distraction » et au tour de Sage_12 d'ajouter que « (...) en milieu rural, il n'y a pas trop de divertissement aussi ; on n'a même pas le temps de suivre la télé comme ça, n'en parlons pas de divertissement ».

Concernant les moyens de communication, l'accessibilité géographique est la principale difficulté soulevée par les participantes car la plupart des formations sanitaires sont difficilement accessibles en saison des pluies (routes dégradées, bas-fonds, cours d'eau). En dehors de l'accessibilité physique difficile, toutes les formations sanitaires sont couvertes par les réseaux téléphoniques ainsi que l'internet, la télévision malgré la ruralité de la zone. Sage_06 affirme que : « (...) avec la distance et l'état de nos routes c'est des zones rurales, on aura tendance à vouloir changer chaque année, ce qui est difficile ou ce qui ne serait pas accepté par le district aussi (pause) il faut qu'on revoie l'état des routes » et Sage_14 rapporte que : « C'est difficile, d'abord même l'accès même, les routes ne sont pas du tout bonnes (...) ».

En dehors des problèmes d'accessibilité physique, aucune participante ne s'est plainte de la communication. Pour preuve, ces moyens nous ont facilité la tâche dans nos échanges avec les participantes depuis la phase préparatoire de l'enquête jusqu'à la collecte de nos données. Le discours éloquent de Sage_08 résume à lui seul les conditions de vie en milieu rural.

C'est difficile, d'abord même l'accès même, les routes ne sont pas du tout bonnes et puis nos logements c'est pas du tout ça hein. En fait, les conditions ne sont pas réunies en tout cas pour bien vivre en milieu rural. Souvent il n'y a pas de marché, il faut souvent faire si tu as l'occasion de rentrer en ville, il faut faire le marché d'un mois. Il faut t'approvisionner pour un mois au maximum pour pouvoir rentrer. Si je prends mon cas quand j'étais en service à BeefTown là, on n'était vraiment pas en sécurité, je ne mens pas. En tout cas si y a un événement qui surgissait, je ne vois pas c'est qui, qui allait nous protéger là-bas, je ne vois pas, si c'est pas la population je ne vois pas. On n'a même pas de divertissement, loisirs (...) ? (rires).

En somme, les conditions de vie en milieu rural ne sont pas satisfaisantes selon les participantes.

- **L'éducation des enfants**

Cette sous-catégorie des incitations non financières s'intéresse aux mesures prises pour assurer et soutenir l'éducation des enfants des professionnels de santé vivant en milieu rural. Ces mesures d'accompagnement peuvent être d'ordre infrastructurel (garderies, écoles maternelles, crèches...) ou d'ordre monétaire à type de bourses d'étude ou d'allocations spécifiques pour leurs enfants. De l'avis des toutes les participantes, ni l'État ni le FBR n'a prévu aucune mesure pour soutenir la scolarisation des enfants des participantes dans leur milieu de travail afin de motiver les sages-femmes à se maintenir assez longtemps dans les zones reculées ou rurales. Pour preuve, Sage_04, Sage_13, Sage_14 et Sage_15 furent obligées de laisser leurs jeunes enfants à Ouagadougou auprès de leurs pères du fait qu'il n'y ait pas d'écoles maternelles dans leurs localités. Comme le déclare Sage_05 :

Pour ceux qui ont des enfants eh, moins de 3 ans, avant l'âge scolaire, y a pas de garderies ni de crèches pour ces enfants. Donc on est obligé de laisser une partie de la famille en ville pour permettre aux enfants d'avoir accès, voilà à la garderie voilà.

Sage_06 dépité, s'en plaint :

Par rapport à l'éducation des enfants c'est très très difficile. Si je parle du nombre des agents, tu passes plus de temps au service qu'à la maison ça c'est un ; deuxièmement dans les zones rurales on n'a pas vraiment d'infrastructures comme ça pour vraiment une bonne éducation des enfants, que ce soit les enfantines, que ce soit des centre de culture, de cyber, de centres de lecture, de formation voilà, pour amener les enfants à être à la page des événements. Non seulement tu n'as pas le temps, y a pas les informations, la radio on est coupé, la télé c'est pareille donc côté éducatif là-bas c'est nul même. L'agent même si lui-même il est coupé, il va de soi que sa suite là subisse quoi. À titre compensatoire il faut des indemnités spécifiques pour les enfants.

Il ressort de l'analyse des données que les conditions pour l'éducation des enfants en milieu rural sont satisfaisantes en ce qui concerne ceux du niveau primaire et du niveau secondaire. La principale difficulté se situe au niveau des enfants d'âge préscolaire car il n'existe dans la zone qu'une seule garderie située dans la ville de Kongoussi. Il n'y a pas, non plus, de crèche pour les plus jeunes enfants. Les participantes ont également attesté qu'aucune mesure d'accompagnement telles les bourses et les allocations spécifiques n'est prévue ni par l'État ni par le FBR pour leurs enfants. Pourtant la garantie de telles mesures peut contribuer à les retenir suffisamment en milieu rural, selon les répondantes.

Intention de rester ou de quitter

Cette catégorie décrit la volonté ou non des sages-femmes de continuer à travailler en milieu rural dans le contexte du FBR. Elle permet de mettre en exergue les facteurs en faveur de la rétention ou ceux en faveur d'un éventuel départ de ces SFE des zones rurales. Ces incitations peuvent être d'ordre financier comme non financier.

❖ **Intention de rester**

• **Les subsides**

La première raison évoquée pour rester en milieu rural est les subsides du FBR et ce motif est avancé par la majorité des participantes (09 SFE). Sage_11 atteste que les subsides ont permis à des collègues de réaliser beaucoup de projets :

Bon, en tout cas c'est efficace parce que je sais que avec ça, y a beaucoup qui ont un peu eu en tout cas dans FBR. Bon, par exemple avec les subsides là, d'autres qui ont eu un peu d'argent et puis d'autres-mêmes ont pu payer des écoles professionnelles à leurs femmes, à leurs parents et puis eux-mêmes ont pu peut-être commencer à construire des maisons aussi avec ça. Parce que comme ça ne fait pas partie du salaire et il y a ton salaire normal aussi qui est là donc ça vient quand même ajouter au salaire donc ça peut quand même faire beaucoup de choses. Je crois que c'est une vue en tout cas parce que si ça retient beaucoup aussi ne vont pas migrer pour pouvoir partir en ville et aller bourrer et laisser le milieu rural vide. Parce que si y avait pas ça, les gens vont dire non en ville on se repose mieux donc moi aussi je vais demander à rentrer là-bas mais comme ils ont quelque chose, un gain quand même à la fin, gain de cause à la fin du mois donc ça va les retenir.

Selon Sage_02, une amélioration financière conséquente peut la motiver à se maintenir assez longtemps en milieu rural :

Souvent les SFE veulent quitter parce que y a pas de motivation, y a beaucoup de travail. Si y a motivation, ça peut retenir souvent. Bon puisque par exemple dans les milieux urbains, on peut travailler et puis travailler dans une clinique, mais si en milieu rural ce qu'on peut avoir dans les cliniques, on peut l'avoir en milieu rural je pense que la personne, on va pas quitter le milieu rural ; puisque c'est l'amélioration on veut mais si étant en milieu rural, on a déjà ça je pense qu'on aura pas besoin quitter [Sage_02 travaille au DSK depuis 6 ans].

Pour Sage_06, le FBR est une source de motivation qui peut le retenir en milieu rural :

(...) c'est comme je disais je suis toujours là à condition qu'on me...je suis toujours là dans le cadre du FBR. Ce qui me motive à rester, il y a l'entente, il y a l'organisation, il y a la motivation aussi qui est là. Si le FBR arrivait à finir, je ne vais pas rester en milieu rural, les motivations financières sont une des raisons qui me motivent à rester [Sage_06 a 6 ans d'ancienneté dans son poste].

Les subsides sont une source de motivation très importante pour les participantes. Comme précédemment attesté dans leurs discours, les agents de santé ont pu réaliser des projets très importants grâce à ces subsides. Pour preuve qu'ils sont importants, deux sages-femmes mariées (Sage_04 et Sage_15 dont les conjoints sont en ville) affirment clairement leurs intérêts pour ces subsides au point de vouloir rester encore pendant respectivement 5 et 3 ans dans le DSK malgré leur ancienneté dans le poste et la pression conjugale pour rejoindre la ville. Le FBR pourrait donc s'afficher comme une stratégie capable de retenir les sages-femmes en milieu rural.

- **La situation matrimoniale**

Le deuxième motif évoqué par la majorité des participantes pour rester en zone rurale est l'unité de couple. En effet, huit sur onze participantes justifient ce désir de rester pour les raisons d'ordre familial et en particulier la présence des deux conjoints dans le même lieu [*Il est exprimé tacitement par certains*]. Certaines conjointes des participants ont même postulé à des tests de recrutements régionaux pour rester avec leurs époux dans la zone de Kongoussi pendant que d'autres épouses y travaillent déjà. Sage_07 confirme cela : « (...) *je resterai, pas à cause du FBR, mais pour d'autres raisons, parce que ma famille est là. C'est l'unité du couple qui me retient* » [*Sage_07 a rejoint son époux à Kongoussi depuis 2010*]. Sage_10 déclare que : « (...) *Mais cette évolution peut pas se faire en restant dans le même lieu, sinon quitter comme ça étant donné que ma famille est là, on peut pas demander quitter aller ailleurs et laisser la famille et créer d'autres dépenses, d'autres charges* » [*Parlant du concours professionnel*]. Il en est de même pour Sage_11 :

Mon époux est aussi dans le DSK depuis 2009. L'unité du couple peut m'amener à partir quelles que soient les incitations financières. Mais autant de temps qu'il passera ici, je serai aussi là même si le FBR prenait fin parce que eux-mêmes ils ont commencé sans FBR ; donc y a pas de problème.

Aux dires des participantes, nous pouvons conclure que l'unité du couple est un facteur très déterminant dans le choix du personnel de santé de rester dans un poste quelconque. Cela se justifie aisément par le souci de la stabilité dans le couple mais aussi d'économie en évitant inutilement les doubles dépenses financières (loyer, courant, eau, alimentation etc.). Le contexte de FBR peut davantage renforcer la rétention d'un couple en milieu rural car cela procurerait un double avantage à savoir l'unité du couple et le gain des subsides.

Aussi lorsque nous analysons les discours des enquêtées, nous pouvons cerner que ces deux raisons peuvent s'influencer réciproquement. Primo, comme l'ont souligné Sage_06 et Sage_11, les subsides ont permis à plusieurs d'entre eux de réaliser des projets (formation à titre privé de leurs proches, construction etc.). À la fin, ces dernières ont postulé pour travailler dans la zone de Kongoussi afin de rester dans la même zone avec leurs conjoints. Secundo, le fait d'être unis permet au couple de rester stable et de saisir cette opportunité qu'offre le FBR pour gagner assez de ressources financières afin de réaliser leurs projets. Ces subsides seraient un véritable incitateur pour la rétention du personnel car un couple ne pourrait se maintenir assez longtemps s'il n'y a pas une motivation supplémentaire. Il est important de souligner que le salaire et les indemnités n'ont pas été cités comme source de motivation pour rester en milieu rural. Cela prouve effectivement l'insatisfaction totale des participantes sur les rémunérations octroyées par l'État, corroborant ainsi les discours des sages-femmes sur la question.

❖ **Intention de quitter**

• **Le développement professionnel**

Le développement professionnel (concours professionnel) est la principale raison qui peut inciter les participantes à quitter le milieu rural. En effet, toutes les SFE ont décidé de postuler au concours professionnel lorsque leurs conditions de participation seront remplies (ancienneté de 3 ans dans le corps pour celles ayant déjà réussi à un concours professionnel au cours de leur carrière et de 5 ans pour les novices). Quelques discours illustrent les intentions des participantes par rapport au concours professionnel :

Présentement en tout cas, notre intention en tout cas, à court terme c'est réussir au concours que nous sommes en train de préparer présentement pour aller à l'école. Les motivations du FBR peuvent nous retenir mais pas au point de sacrifier la promotion. Peut-être si c'est dire que quitter par une affectation parce que, c'est les mêmes problèmes que tu peux aller tomber ailleurs. Pour ça je me dis que je peux rester. Mais moi particulièrement je ne pense pas que je vais sacrifier un concours à cause de FBR. La priorité pour moi en tout cas c'est le concours professionnel, ça, FBR n'a pas d'influence sur ça (Sage_09).

Sage_04 déclare que la progression dans le corps est primordiale :

Ah, la progression en tout cas, on espère d'ici 2019 là qu'on reparte à l'école (hochant la tête, rires) [Elle est revenue de l'école professionnelle il y a moins d'une année]. Moi je trouve que le FBR, même si on avance ça ne chosine [dérange] pas le FBR hein, on peut revenir dans les zones FBR, mais il faut qu'on avance ; FBR peut pas nous motiver à rester pour ne pas avancer. Il faut avancer même si c'est pas les ressources financières, au moins il faut avancer quand même (...). (Parle avec conviction et sérénité).

L'évolution dans la carrière des participantes semble occuper une place centrale dans leur vie professionnelle. Le constat est qu'il existe actuellement un engouement autour des concours professionnels au Burkina Faso à telle enseigne que personne ne voudrait s'en priver alors que les chances d'admission diminuent d'année en année du fait du nombre croissant de postulants. Les répondantes considèrent aussi le concours professionnel comme une porte de sortie honorable pour quitter le milieu rural.

• **La charge de travail**

La charge élevée de travail est avancée comme motif pour quitter le DSK par cinq (05) participantes. Cette charge de travail jugée trop élevée les épuiserait, les dépersonnaliserait (burnout) et les empêcherait de préparer convenablement leurs concours professionnels. C'est le cas de Sage_01 qui dit : « (...) je suis pas motivée à rester en milieu rural parce que je trouve que si je dois rester en milieu rural, je n'aurai pas avec la charge de travail là, je n'aurai pas le temps pour préparer mon concours professionnel », et Sage_12 affirme que : « (...) on envisage d'être en ville pour en tout cas souvent être allégé de certaines choses. ...tout temps il faut être au service, il faut souvent se divertir aussi sinon à un certain moment je me dis qu'on ne pourra pas tenir (...)».

Cette charge élevée de travail est incriminée par Sage_14 comme motif pour quitter le corps des sages-femmes. Elle évoque le fait que la charge élevée de travail peut conduire au burnout. En effet, elle s'en plaint amèrement au point de détester cette profession qu'elle a tant aimée depuis sa tendre enfance :

En tout cas moi, je compte quitter parce que la vie en milieu rural n'est pas du tout facile. Je veux quitter parce que bon, comme je l'ai dit la charge de travail est élevée, le personnel est réduit donc ça fait que permanemment tu travailles. Tu seras épuisée facilement et aussi côté vie, y a pas de vie en milieu rural sincèrement, oui (rires). (...) Je veux faire un concours professionnel pour quitter carrément la profession des SFE parce que tout le temps travailler en maternité c'est pas facile, parce que ça prend plus... Il suffit que tu gagnes un cas et puis tu es occupée toute la journée avec une femme, c'est stressant vraiment. Le travail en maternité est très difficile par rapport au dispensaire en tout cas ; par rapport au niveau des infirmiers.

La charge élevée de travail est l'une des difficultés majeures relevées par toutes les participantes durant tous les entretiens. Elle peut porter préjudice à la qualité des soins dispensés aux populations. Mais à la fin, il n'y a qu'une minorité de sages-femmes (le tiers) qui expriment leur intention de quitter le DSK du fait de cette charge élevée de travail.

- **Le statut matrimonial**

Le statut matrimonial est un facteur déterminant qui peut inciter les participantes autant à rester qu'à quitter le milieu rural. En effet, les participantes dont les conjoints sont dans d'autres localités sont prêtes à quitter afin de les rejoindre dès que possible. C'est ainsi que les trois participantes qui ont leurs conjoints à Ouagadougou veulent quitter le milieu rural pour l'unité de couple. Sage_04 déclare ainsi à ce propos :

N'importe où tu vas travailler, l'union du couple c'est mieux d'êh parce que ça même ça gâte beaucoup de foyers. J'ai vu beaucoup de foyers se détruire à cause de ça, donc vraiment l'union du couple est mieux. C'est vrai que 1er mari d'une femme c'est son métier mais si tu gagnes mari-là, c'est mieux de rester avec mari-là que (...) [Rires aux éclats].

Pour Sage_15 :

(...) on est obligé de demander à partir si on est responsable de famille. Par exemple je suis, bon, les familles-là sont séparées, les va et vient-là souvent, c'est pas facile. Donc souvent même si le travail est bon comment, comment et le FBR nous motive, on est appelé à partir un jour (...).

Autant l'unité de couple peut être un facteur de rétention des sages-femmes, autant elle peut aussi favoriser le départ de ces dernières. Mais les discours de ces deux participantes semblent ambivalents car ce sont elles qui disaient vouloir rester dans le DSK pendant quelques années de plus. En réalité, elles ont bel et bien envie de continuer l'aventure avec le FBR mais, cela ne dépendrait pas de leurs seules volontés mais aussi de celles de leurs conjoints pour le bien de leurs couples (familles).

Il est intéressant de mentionner que les quatre participantes célibataires sont des femmes et elles désirent toutes quitter le milieu rural pour des raisons qui ne seraient pas liées à leur statut matrimonial (célibat).

- **Le genre**

Les cinq participantes qui ont l'intention de quitter le milieu rural dès que leurs conditions de départ seront requises¹⁵ sont toutes des sages-femmes¹⁶. Elles ont évoqué comme raison l'acquisition d'expérience dans les hôpitaux pour Sage_01 et Sage_13, en témoigne le discours de Sage_13:

Moi en tout cas, je pense quitter le milieu rural parce que depuis que je suis sortie, j'ai fait le milieu rural seulement. J'ai envie de faire le milieu hospitalier parce qu'en tant que SFE il me faut ça. Le milieu rural c'est accouchement eutocique là seulement, mais ce que j'ai appris à l'école de SFE : accouchements dystociques et tout et tout, prendre en charge les grossesses pathologiques là, il faut que je quitte et peut-être un jour je vais faire un concours professionnel.

La Sage_03, qui a déjà travaillé pendant sept années en zone rurale, exprime le désir de quitter très prochainement le DSK. Elle affirme que : « (...) mais ce qui est sûr on n'est plus en milieu rural pour longtemps (rires) dans le même coin en tout cas, pas pour longtemps (...) ».

Quant à Sage_08 et sage_14, elles ont évoqué respectivement les conditions de vie et la charge de travail élevée comme motifs pour quitter le milieu rural. Leurs intentions sont traduites dans les discours suivants :

En tout cas moi je compte quitter parce que la vie en milieu rural n'est pas du tout facile. Je veux quitter parce que bon, comme je l'ai dit la charge de travail est élevée, le personnel est réduit donc ça fait que permanemment tu travailles tu seras épuisée facilement et aussi côté vie y a pas de vie en milieu rural sincèrement, oui (rires) [Sage_14].

- **Le niveau d'instruction**

Trois des cinq participantes qui ont le niveau d'instruction supérieur font partie des cinq sages-femmes qui ont l'intention de quitter le milieu rural. Mais seulement sage_01 a évoqué la raison de poursuivre des études supérieures comme motif pour quitter le milieu rural. Elle déclare : « (...) Je veux étudier pour avoir des diplômes supérieurs aussi ».

¹⁵ Il faut une ancienneté de 5 ans dans une région sanitaire avant de pouvoir bénéficier d'une affectation dans une autre région en dehors des régions de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso où ce délai est de 6 années.

¹⁶ Il s'agit ici des participantes de sexe féminin

- **Les conditions de vie et financières**

Paradoxalement, une seule répondante a exprimé le besoin de quitter le milieu rural pour des raisons liées aux conditions de vie et pour des raisons financières.

(...) Moi je pense que ma carrière va se limiter en tant que hum bon, moi je compte repartir en tout cas, je compte repartir sinon la vie en milieu rural en tout cas y a pas de lieux de loisirs c'est le service c'est la maison. Même si tu veux te divertir si ce n'est pas sortir souvent boire la bière à part ça ? Et puis boire la bière là même ce n'est pas bon (rires). Il faut souvent sortir mais en fait ce n'est pas en buvant là aussi, voilà (rires)... Je crois que vouloir retourner chez toi c'est mieux, à Ouaga. Je peux dire que la charge de travail aussi et à Ouaga tu peux avoir des cliniques. Par exemple ton jour de repos tu peux aller faire (Sage_08).

Le fait d'avoir vécu en ville rend plus difficile à supporter les conditions de vie en milieu rural pour cette participante. Aussi, il faut reconnaître que les incitations financières (subsidés, ristournes, perdiems...) et les opportunités d'autres ressources pécuniaires sont très faibles au CMA en raison du nombre important du personnel et de la rareté des investissements de l'État depuis l'avènement du FBR aggravée par la crise politique de 2015. Par ailleurs, on peut aisément comprendre dans le propos de Sage_08 que le fait d'être socialisée en milieu urbain, la motive à quitter le milieu rural : «*Tout n'est pas même chose comme en ville, nous sommes les enfants de la ville ; c'est à cause de l'école qui nous a amenée là-bas (pause). Je crois que vouloir retourner chez toi c'est mieux, à Ouaga (...)*».

- **Le soutien professionnel**

Une des participantes exprime le désir de quitter le corps des sages-femmes dû à un manque de valorisation de son métier en milieu rural par ses supérieurs hiérarchiques. Il s'agit de Sage_06 qui déclare dans son propos que :

Quant à moi pour les concours professionnels pour les attachés [Attaché de santé] là...tu peux faire les attachés en gynéco [ASSOG] mais moi, je ne le ferai pas voilà (frustration, catégorique). Je ne le ferai pas tout simplement, c'est comme je viens de le parler tout récemment voilà. C'est cette notion de non valorisation, or tout temps on dit que c'est ça, c'est le domaine de maternité où tout le monde et les projets ont le regard. Mais sur le terrain concrètement c'est des gens qu'on a oubliés, des gens négligés, des gens minimisés de la société et si jamais il y a un petit problème qu'on sent qu'il y a un agent qui travaille à la maternité. Sinon il y a des équipes mêmes qui viennent pour une supervision, on traverse la maternité et on part voir le dispensaire et puis on repart, même pas un bonjour. On cherche même pas à savoir si la personne existe ou pas. Donc c'est ça qui fait que vraiment moi particulièrement, je vais quitter le domaine de gynéco là, parce que c'est attaché de Santé en santé mentale que moi je vais faire et voir même parce qu'on n'a pas autre issue. Sinon le domaine de la maternité, j'allais quitter même

pour autre fin quoi. Il n'y a pas d'encouragement, il n'y a pas de considération de la part des autorités.

En effet, Sage_06 se plaint de la dévalorisation du métier de sage-femme en milieu rural. Selon lui, la SFE ne jouirait pas de toute la considération et du respect de la part des supérieurs hiérarchiques, à la hauteur de la difficulté et de la noblesse de sa mission qui est de prendre soin de la mère et de son enfant. Et dans cet esprit de valorisation, Sage_05 pense que les SFE mériteraient autant que les infirmiers le poste de responsable de la formation sanitaire toute entière et non de la maternité uniquement. Il dit « (...) *pourtant à l'école ce qui est dit c'est possible, c'est faisable. Dans certains districts on voit que c'est faisable, ça existe mais dans certains districts [exemple du DSK] nous voyons qu'ils ont mis un trait rouge sur ce sujet* » [Sage_06 parle de la nomination au poste de responsable du CSPS]. En réalité, malgré l'ancienneté professionnelle de la SFE et son ancienneté dans le poste, elle est toujours sous les ordres de l'IDE quel que soit l'ancienneté de celui-ci. Cela est d'autant plus frustrant lorsqu'elle a été ICP en tant qu'infirmière brevetée avant de devenir SFE. En outre, c'est elle qui assure l'intérim en l'absence du chef de poste, mais ne peut être nommée au poste de responsabilité en cas de départ de celui-ci.

Les participantes ont affirmé que le développement professionnel, la charge élevée de travail et l'unité du couple sont les principales raisons qui peuvent les inciter à quitter le milieu rural pour rejoindre la ville. Quant aux concours professionnels, il est légitime pour toute SFE de progresser dans sa carrière ; ce qui est d'ailleurs à encourager car ce départ est positif et participe au développement du corps professionnel pareillement. Certains le considèrent même comme une porte de sortie honorable pour rejoindre la ville.

Propositions de participantes pour l'amélioration de la rétention des sages-femmes en milieu rural

Elles ont porté sur les incitations financières et sur les incitations non financières.

- **Incitations financières**

Les incitations financières sont une source de motivation importante pour le personnel de santé. Dans le but d'inciter les SFE à rester davantage en milieu rural, les participantes ont fait des propositions à l'endroit de l'État et du FBR en vue d'améliorer les incitations financières. Toutes les participantes unanimement suggèrent une augmentation suffisante des salaires, des indemnités et des subsides.

Au titre des salaires, Sage_15 suggère que : « *L'État doit faire beaucoup de choses même parce que côté salaire je vois que si tu n'as pas les indemnités, le salaire vraiment tu ne peux rien faire avec ça donc la grille salariale c'est à revoir* » pendant que Sage_13 pense que : « *S'ils pouvaient peut-être, hum...améliorer (rires), améliorer un tout petit peu, ça va être bien. Je préfère qu'on améliore le salaire de base (...)* [rires] ».

Quant aux indemnités, les participantes souhaitent également une amélioration conséquente. Sage_01 souhaite que :

Les indemnités en milieu rural, je veux qu'on améliore un peu, c'est par rapport aux indemnités de risque et puis indemnité de garde parce que nous on prend plus de garde que ceux qui sont en ville, ces deux indemnités (pause). Même s'ils peuvent pas augmenter les salaires qu'il y ait au moins une motivation, motivation financière en tout cas parce ce qu'on travaille en milieu rural, pour encourager les gens pour qu'ils ne fuient pas le milieu rural et puis on va se retrouver tous en ville (rires).

Sage_07 propose à son tour que :

(...) je veux que bon, qu'on puisse encourager ceux qui travaillent dans le milieu rural, vraiment il faut qu'il y ait d'autres indemnités spéciales quoi ou bien en fonction de leur travail, comme ça, ça va amener ceux qui sont en ville à vouloir aussi travailler aussi dans les périphéries.

Pour Sage_06 : « *il faut que les indemnités soient un peu en hausse pour te permettre aussi de mettre...aussi de résoudre certains problèmes étant vraiment en milieu rural. Donc la différence-là doit être vraiment nette voilà* ».

L'analyse des propositions des participantes sur les salaires et les indemnités montre effectivement une faible satisfaction de leurs rémunérations comme précédemment dit. En guise de réponse à cette situation déplorable, elles proposent la hausse de manière générale des salaires et des indemnités. Elles plaident également pour l'établissement d'une différence conséquente entre les émoluments perçus par les sages-femmes en milieu rural et ceux de leurs collègues citadines dans un but compensatoire.

Concernant les subsides et les autres incitations financières du FBR, les participantes suggèrent une augmentation substantiellement des prix d'achat des prestations. Mais au cas échéant, elles proposent le maintien des taux antérieurs plutôt qu'une baisse quelconque afin d'accroître la masse des subsides en faveur des structures sanitaires.

Quant à la quote-part des subsides destinés au personnel de santé, les participantes plaident pour une revalorisation à hauteur d'au moins 50% des subsides. Cela pourrait selon elles, assurer une meilleure motivation des acteurs et par conséquent les inciter à rester aussi

longtemps que possible en milieu rural. Aussi, elles suggèrent une amélioration consistante des autres incitations financières telles que les perdiems et les ristournes, qu'elles trouvent rares et très insuffisantes.

Le retard accusé pour le paiement des subsides et les rumeurs d'une éventuelle fin de la stratégie FBR ont semé le doute et du pessimisme dans l'esprit des répondantes concernant la pérennité de la stratégie FBR. Néanmoins, elles réclament le remboursement diligent des arriérés et la régularité des paiements ultérieurs tout en souhaitant une longue vie au FBR. Ces propositions émanent des discours de la majorité des participantes pour l'amélioration de la stratégie FBR et de la rétention des sages-femmes en milieu rural.

Sage_04 déclare que :

Pour retenir les SFE, FBR doit augmenter les subsides-là, si les subsides-là sont consistants au moins ça peut permettre de combler beaucoup de choses parce que le nerf de la guerre-là c'est quoi ? C'est l'argent, le manque d'argent-là seulement, c'est ça seulement, si y a l'argent la paix est là. S'il n'y a pas l'argent c'est pas simple, tout est... Ils n'ont qu'à revoir leurs pourcentages pour les agents de santé(...).

Quant à Sage_10, il propose que :

Si FBR veut que réellement les gens restent, il faut qu'ils reviennent à leurs anciennes méthodes c'est à dire appliquer le taux d'abord, faire de telle sorte que ce que les gens vont percevoir, leur permette de vivre aisément, leur permette de vivre sans soucis, leur permette de ne pas avoir d'inquiétudes dans leur travail. Parce que si toutefois toutes ces conditions sont réunies et que on est bien payé, si on est bien motivé, bon je vois que à part le concours professionnel ou bien si quelqu'un veut aller dans les projets il va rester. Il est obligé de rester, il va aller où ? Puisque là où tu veux aller chercher de quoi augmenter ton salaire, soit même si c'est pour gagner un peu plus dans ton salaire mais si déjà là où tu es, y a ça tu vas aller où ? Parce qu'on ne se promène pas pour se promener, c'est pour gagner quelque chose.

Pour Sage_06 : « la part réservée pour les agents doit être encore plus que la part réservée au fonctionnement, dans le cas contraire à part égale quoi 50%-50%. Il faut une régularité des subsides afin d'assurer une garantie personnelle car il y a eu beaucoup de retards ».

Les participantes montrent un intérêt particulier quant à l'amélioration des incitations financières justifiant ainsi leur rôle capital dans la motivation du personnel de santé. Une amélioration conséquente de ces incitations en faveur des sages-femmes pourrait donc les influencer à rester plus longtemps en milieu rural.

- **Incitations non financières**

En sus des incitations financières, les participantes proposent au FBR d'améliorer les incitations non financières afin de motiver le personnel de santé à rester en milieu rural ne serait-ce que le temps de la réussite à une promotion professionnelle (concours).

Pour se faire, les participantes suggèrent une meilleure amélioration des conditions de travail car des efforts ont été faits mais des insuffisances demeurent. Un effort devra être fait pour renforcer le soutien personnel et professionnel qui a sans doute un impact positif sur la vie au travail. Aussi, les participantes plaident pour le financement effectif par le FBR des activités de formation et de recyclage du personnel car elles sont actuellement presque inexistantes dans le DSK. Et pourtant, elles sont aussi bien source d'amélioration de la qualité des soins que de motivation du personnel.

C'est ainsi que Sage_01 demande une réfection des locaux et la réalisation des activités de renforcement des compétences : « *Je dis d'arranger vraiment nos locaux, c'est pas ça, on n'est pas vraiment dans les conditions pour mieux travailler, beaucoup, beaucoup de supervisions, beaucoup de formations (rires)* ». Quant à Sage_12, il pense que : « *Peut-être pour maintenir les agents en plus du côté financement, peut-être c'est encourager les agents par des lettres de félicitations, des trucs de reconnaissance et permettre à ces agents de progresser rapidement...* ». Pour Sage_14, l'effectif du personnel de santé est primordial :

Pour me retenir il faut envoyer plus d'agents, en fait l'envie de travailler là si chaque fois tu es dans le travail là c'est fatigant et si une fois que tu es fatiguée là, tu n'as plus envie de travailler. Tu ne peux plus te donner quoi, si vraiment ils peuvent augmenter le nombre d'agents, envoyer plus d'agents en milieu rural comme en milieu urbain, voilà.

Les conditions de vie en milieu rural constituent pareillement une préoccupation pour les participantes bien qu'elles ne les aient pas expressément citées comme motif de départ par la majorité. Le confort du cadre de vie est influencé aussi bien par les revenus du personnel de santé que par la disponibilité de certaines infrastructures sociales de qualité pour les logements, les divertissements et les loisirs (maison de la culture et de loisirs, centres multimédia, infrastructures sportives etc.). Les participantes sollicitent des logements décentes pour assurer leur sécurité et celle de leurs biens, nécessitant ainsi les réfections des logements existants et la construction de nouvelles autres au profit de tous les agents qui ne sont pas décentement logés. De même, elles réclament des commodités par la fourniture d'électricité et d'eau potable dans les services de santé et dans les logements administratifs.

En outre, les participantes plaident pour la réfection des routes pour améliorer l'accessibilité géographique. Ces propositions sont mentionnées dans le discours de plusieurs participantes et nous pouvons en citer :

Si nos conditions de vie s'amélioreraient plus que ce qu'on vit, bon ça allait nous satisfaire plus ; parce qu'il y a l'électricité à Barsa¹⁷, si on pouvait, l'Etat, le FBR pourraient prendre en charge nos factures, voilà. En plus de ça, il y a un problème d'eau, si on pouvait avoir des fontaines, un robinet dans la formation sanitaire ça pouvait nous aider. ...Côté infrastructures donc, si FBR pourraient nous aider à réaliser...les formations sanitaires qui...dont les logements ne sont pas en bon état même les logements parce que si les agents ne sont pas en sécurité, ils ne peuvent pas bien travailler (Sage_15).

Sage_12 suggère « d'améliorer leurs conditions de vie, soit du côté de logements un peu différents de ceux qui sont en ville. Je me dis que ça sera bien pour permettre aux gens de rester encore plus davantage en campagne ».

Concernant l'éducation des enfants, les suggestions sont faites dans le sens de l'érection d'établissements au bénéfice des enfants d'âge préscolaire (garderies, crèches et écoles maternelles). Les participantes proposent aussi que l'État et ses partenaires ainsi le FBR envisagent l'octroi de bourses et d'allocations spécifiques au profit des enfants des sages-femmes exerçant en milieu rural. Ainsi dit, Sage_13 plaide pour la cause de leurs enfants en demandant que :

S'ils pourraient nous aider surtout avec les garderies, ça...vraiment ça va nous faire plaisir parce qu'actuellement pour avoir une nourrice c'est compliqué donc si on pouvait avoir un cadre où les mamans pouvaient amener leurs enfants à bas âge, ça sera bon (rires)... Si on pouvait avoir des bourses pour les enfants, c'est bon et puis peut-être avoir comment on appelle ça, assurance-santé là, si on pouvait avoir ça pour nos enfants, c'est bon.

Pour Sage_12, ce sera peut-être de :

(...) construire des maternelles ne serait-ce que dans chaque département, ça va en tout cas aider, ça va amener beaucoup de gens à rester en milieu périphérique... Les bourses ou allocations spécifiques sont plus importantes ; si on peut avoir aussi quelque chose pour ces enfants aussi pour leur avenir, ça va aider beaucoup.

Sage_04 appuie dans le même sens en suggérant que : « On peut également inciter les écoles maternelles, des lycées, également ça motive (pause). (...) C'est envisageable de donner des bourses d'études ou des indemnités spécifiques pour les enfants, tout ça c'est la motivation hein (...)».

¹⁷ Barsa est le pseudonyme du village où travaille Sage_15

VI. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente la discussion des résultats précédemment exposés. Il s'articule autour des sous-sections suivantes : 1.la discussion des principaux résultats ; 2.la vérification des hypothèses ; 3.le conflit d'intérêt et 4.l'implication de l'étude.

6.1 Discussion des principaux résultats

6.1.1 Expérience de vie en milieu rural

Comme montré dans les études réalisées sur les conditions de vie en zone rurale du Niger et du Maroc (Hassan Kennab, 2008; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015), la majorité des sages-femmes considèrent que les conditions y sont assez difficiles. Mais contrairement aux sages-femmes de ces deux études, celles de l'étude présente n'ont pas évoqué ces conditions difficiles comme motif pour quitter le milieu rural. Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait que le FBR apporte une motivation assez intéressante pour les retenir dans ces postes ruraux et d'autre part par le fait que la plupart des participantes à notre étude ont déjà vécu en milieu rural. En plus la quasi-totalité des participants à l'étude a réalisé un stage en milieu rural lors de leur formation. Ce stage leur a permis d'expérimenter les réalités de la vie socioprofessionnelle en général mais surtout celles en zone rurale en particulier. En effet, comme le soulignent plusieurs études, le contact des professionnels de santé avec le milieu rural lors de leurs formations permet de renforcer leurs compétences et par la même de les influencer à choisir plus tard de travailler en zones rurales (Rabinowitz, Diamond, Markham, & Hazelwood, 1999; Dussault & Franceschini, 2006; Mansoor et al., 2013).

6.1.2 Choix de la carrière

La motivation principale des participantes dans notre étude pour le choix de la carrière de sage-femme est essentiellement intrinsèque. Ce choix est motivé par trois raisons principales que sont l'altruisme, l'influence familiale ou d'un professionnel de santé et la vocation. Ces trois motifs sont concordantes avec les résultats de l'étude menée au Burkina Faso sur la fidélisation des ressources humaines en santé (Ministère de la Santé, 2016d). Aussi, l'altruisme et la vocation sont retrouvés chez les sages-femmes dans deux autres études dont l'une au Burkina Faso (Prytherch, et al., 2013) et l'autre au Bangladesh (Darkwa, Newman, Kawkab, & Chowdhury, 2015).

6.1.3 Appréciations sur la stratégie du financement basé sur les résultats

- **Appréciations sur le FBR comme stratégie de rétention**

L'étude a montré que la plupart des participantes connaissait assez bien la stratégie FBR à travers ses objectifs. Elles ont reconnu que le FBR a contribué à l'amélioration de la qualité des services et des soins dans les formations sanitaires du DSK. Ces résultats sont similaires à ceux des études réalisées en RDC et au Bénin (Olivier Byaruhanga Ngbapé, 2011; Alphonse Akpamoli, 2013). En outre, la majorité des SFE a reconnu et soutenu que le FBR à travers les subsides permet de retenir le personnel de santé en milieu rural, résultats proches de ceux de Khim (2016) au Cambodge.

- **Les incitations financières**

Les participantes n'approuvent pas la clé de répartition des subsides entre la motivation du personnel (30%) et les investissements (70%). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus en RDC (Hangi, P.P., Mukongo M., Mafuta E., & Kyanza D., 2015). Les investissements financés par les subsides, devraient contribuer à améliorer les conditions de travail du personnel mais, la mauvaise gestion de cette partie des subsides selon la perception des participantes, expliquerait leur désapprobation de la répartition de ces subsides. A l'opposé de nos résultats, l'étude d'évaluation de Goma, et al. (2014) a prouvé que les dix-neuf stratégies mises en œuvre pour la fidélisation du personnel en Zambie n'ont pas été concluantes dans leur ensemble.

Pour la rétention des sages-femmes en milieu rural, le FBR s'avère être une stratégie gagnante, comparativement à la discrimination salariale positive entre le milieu rural et le milieu urbain basée sur une différence indemnitaire (15 000 F) qui est perçue comme très dérisoire par les participantes. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans des études au Mali, au Sénégal et au Niger où les professionnels de santé ont décrié cette insuffisance salariale (Codjia, Jabot, Dubois, WHO, & others, 2010; Rouleau, Fournier, Philibert, Mbengue, & Dumont, 2012; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015).

- **Conditions de travail et de vie**

Les participantes reconnaissent que le FBR a permis d'améliorer considérablement les conditions de travail dans les FS du DSK par l'acquisition du matériel medicotechnique, la réalisation de certaines réfections et la formation/recyclage des agents de santé. En

conséquence, cela a permis d'améliorer substantiellement la qualité des soins dispensés aux populations et de contribuer par la même à la motivation des sages-femmes. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans plusieurs pays où ces types de stratégies de financement sont implémentés (Jaap Koot & Tim Martineau, 2005; Kalk, Paul, & Grabosch, 2010; Soeters R., Peerenboom PB., Mushagalusa P. & Kimanuka C., 2011, Miller & Babiarz, 2013). Mais force est de reconnaître que des efforts restent à faire car nonobstant ces réalisations, il demeure d'énormes insuffisances tels que l'insuffisance et la vétusté des locaux, les effectifs réduits en personnel et le manque d'électricité dans les bâtiments administratifs (Hassan Kennab, 2008; Zurn, Codjia, Sall, & Braichet, 2010; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015). Aussi, le retard de paiement accusé de 12 mois vient ralentir l'élan des FS quant aux investissements escomptés. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans des études évaluatives du FBR au Bénin, en RDC, au Burundi et au Rwanda où les retards de paiement des subsides ont été relevés comme des insuffisances de la stratégie (KIT, & WHO, 2009 ; Kalk, Paul, & Grabosch, 2010; Hangi, P.P., Mukongo M., Mafuta E., & Kyanza D., 2015). Le rôle régalien et la responsabilité de l'État restent donc engagés et il est de ses prérogatives d'assurer les meilleures conditions de travail aux agents de santé, quitte à être accompagné par ses PTF telle que la Banque Mondiale à travers la stratégie FBR et bien d'autres interventions.

Par ailleurs, le manque crucial de logements décents (insuffisance et vétusté des logements, pas de commodités, ni d'électricité, ni d'eau courante), le manque d'infrastructures pour les divertissements et les loisirs, la charge de travail, l'inaccessibilité géographique et la cherté de la vie à Kongoussi sont des facteurs qui démotivent la vie en milieu rural. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans des études au Niger, en Haïti, au Mali, au Sénégal et au Cameroun où les conditions de vie en milieu rural pour les professionnels de la santé ne sont pas réunies (Codjia, Jabot, Dubois, WHO, & others, 2010; Zurn, Codjia, Sall, & Braichet, 2010; Juin, 2011; Mba, Messi, & Ongolo-Zogo, 2011; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015).

- **Éducation des enfants**

Les résultats de notre étude montrent que les conditions pour l'éducation des enfants sont peu satisfaisantes en raison du manque crucial d'infrastructures pour les plus jeunes (écoles maternelles ou garderies, crèches ...) et de mesures d'accompagnement pour les soutenir (allocations spécifiques ou bourses). À la différence en Zambie, les stratégies de rétention du personnel de santé ont alloué des allocations spécifiques aux enfants des

médecins pour les inciter à servir en milieu rural (Jaap Koot & Tim Martineau, 2005). Il a été montré qu'une telle motivation compte beaucoup dans la décision des sages-femmes d'accepter le travail en milieu rural au Maroc et au Niger (Hassan Kennab, 2008; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015). Par contre au Nigéria, les conditions d'éducation n'avaient pas suscité un grand intérêt de la part des sages-femmes pour le service en zone rurale (Ebuehi & Campbell, 2011).

6.1.4 Intention de rester ou de quitter

- **Intention de rester**

- **Subsides**

Le principal motif évoqué par les participantes pour rester en milieu rural est d'ordre financier en l'occurrence les subsides du FBR. Et même si ces incitations financières du FBR ne semblent pas être à la hauteur de leur attente, il n'en demeure pas moins qu'elles constituent une motivation à même d'inciter ces sages-femmes à se maintenir dans les postes de travail ruraux. Ces résultats sont assez similaires à ceux retrouvés par Sekaganda E. et al. (2010) où le FBP a permis le déploiement et la rétention du personnel qualifié dans la province de Cyangugu au Rwanda jadis désertée pour cause d'éloignement et d'inaccessibilité. Cette intention du personnel de santé, de rester en poste en milieu rural du fait des subsides offerts dans le cadre du FBR a été mentionnée dans plusieurs autres études sur le FBP réalisées au Rwanda, en Afghanistan, en Australie, au Bangladesh, en Sierra Léone et au Kenya (Kalk et al., 2010; Mansoor et al., 2013; Wood M. E. et al., 2013; Morell, Kiem, Millstead, & Pollice, 2014; Darkwa et al., 2015; Bertone, Lagarde, & Witter, 2016; Takemura, Kielmann, & Blaauw, 2016).

Mais contrairement à nos résultats, ces incitations financières n'ont pu maintenir les professionnels de santé en zone rurale en Zambie selon les résultats de l'étude de Goma, et al. (2014) alors que ce pays avait octroyé des indemnités compensatoires équivalentes à 30% des salaires (Jaap Koot & Tim Martineau, 2005). Aussi, l'étude de Nzayirambaho M. et al. (2013) au Burundi et dans le Sud Kivu en RDC n'a pas montré des effets du FBR sur la rétention du personnel de santé. Mais, il faut reconnaître que ces effets ont peut-être été masqués par l'existence dans les formations sanitaires témoins d'une autre stratégie de motivation en cours pendant ladite étude.

Comme cela est ressorti de nos résultats et dans ceux d'autres études (Lehmann, Dieleman, & Martineau, 2008; Serneels et al., 2010; Kruk et al., 2010; Serra, Serneels, & Barr, 2011; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015; Honda & Vio, 2015; Darkwa et al., 2015), les bonnes conditions de travail et de vie (logements décentes, divertissements etc.), la vocation et l'altruisme ne sont pas à négliger dans l'intention du personnel de santé à demeurer ou non en milieu rural.

Comme l'attestent les résultats de plusieurs études (Lori, Rominski, Richardson, et al., 2012; Darkwa et al., 2015; Huicho et al., 2015; Takemura, Kielmann, & Blaauw, 2016) la combinaison des incitations financières et non financières semble être une stratégie qui pourrait jouer favorablement sur l'intention du personnel des santé à demeurer en milieu rural.

➤ **L'unité de couple**

Les résultats de notre étude montrent que la situation matrimoniale influence sur la rétention du personnel de santé en milieu rural. En effet, l'unité du couple motive un nombre important de sages-femmes à rester dans le DSK pour jouer ainsi la carte de la stabilité familiale et financière. De nombreuses études ont montré effectivement que les célibataires sont plus mobiles que ceux qui vivent en union. Mais, il faut reconnaître aussi que la recherche de cette union entraîne des départs massifs des professionnelles (surtout les femmes) lorsque les conjoints travaillent en ville. Cette union de couple peut avoir donc des effets ambivalents car d'une part elle favorise la rétention et d'autre part le départ. Elle ne saurait donc être l'apanage d'une stratégie quelconque mais elle pourrait dans le contexte du FBR contribuer à maintenir le couple assez longtemps du fait de ces motivations additionnelles externes qu'offre ladite stratégie. Dans la présente étude, les conjointes des participants ont postulé à des tests de recrutements régionaux dans la perspective de maintenir cette unité de couple et le FBR n'en est pas anodin dans cette décision. Ces résultats s'opposent à ceux trouvés au Niger et au Maroc où la forte féminisation dans le domaine de la santé impacte négativement sur la distribution de la main d'œuvre dans les zones rurales. En effet, ces professionnelles une fois mariées, quittent pour rejoindre leurs conjoints ou à défaut démissionnent simplement de la profession (Hassan Kennab, 2008; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015). Dans des études au Ghana et une au Pérou, certaines étudiantes ont refusé carrément le milieu rural car elles trouvent que les conditions de vie ne sont pas compatibles avec une vie de famille décente et même qu'elles limiteraient la chance de

trouver un bon conjoint (Lori, Rominski, Gyakobo, et al., 2012; Lori, Rominski, Richardson, et al., 2012; Ageyi-Baffour, Rominski, Nakua, Gyakobo, & Lori, 2013; Huicho et al., 2015).

- **Intention de quitter**

Les participantes ont évoqué comme principales raisons qui les motivent à quitter le milieu rural le développement professionnel, la charge de travail élevée, l'unité du couple et certaines sages-femmes ont même l'intention de quitter leur profession.

- **Développement professionnel**

Le développement professionnel est la raison première et commune qui motive les sages-femmes à quitter le milieu rural. Elles aspirent toutes à la promotion lorsque leurs conditions de participations au concours professionnel seront remplies. Il est en effet, légitime pour toute professionnelle de progresser dans sa carrière, ce qui est d'ailleurs à encourager et à promouvoir car ce départ en pareil cas n'est que positif et participe au soutien professionnel. En outre, le Burkina Faso organise annuellement des concours professionnels dans presque toutes les catégories professionnelles de la fonction publique où les conditions de participations sont bien établies sans discriminations particulières.

- **Charge de travail élevée**

Bien que la surcharge de travail ait été évoquée par toutes les participantes à l'étude, seulement une minorité de participantes (le tiers) la considère comme un facteur pouvant les faire quitter le milieu rural pour éviter un burnout et accroître leur chance de réussite aux concours. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés au Sénégal où les sages-femmes ont exprimé un burnout, mais qu'elles se sentaient toujours confiantes et accomplies au travail (Rouleau et al., 2012). Ces résultats sont également identiques à ceux de l'étude d'Hassan Kennab (2008) au Maroc car la plupart des sages-femmes a mentionné la surcharge de travail mais elle n'est pas liée à la mutation. Par contre, cette surcharge de travail est à la base de la désertion des sages-femmes au Niger (Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015) ainsi que du personnel de santé dans les pays développés (Y. Brunelle, 2009; Sabine Stordeur, Martine Mayrand-Leclec, Mélanie Lavoie-Tremblay, 2009).

- **Unité de couple**

Les résultats de notre étude sont similaires à ceux de plusieurs études internationales qui montrent qu'autant l'unité du couple peut retenir les sages-femmes en milieu rural, autant

elle est un facteur qui motive leurs départs des zones rurales. Cette réalité est confortée par le rôle social de la femme et l'influence de certaines raisons familiales (enfants et conjoint) sur leurs décisions (Marjolein Dieleman and Jan Willem Harnmeijer, 2006; Lehmann et al., 2008). En effet, des études ont montré que les professionnelles de santé quittent généralement pour rejoindre leurs conjoints surtout si ceux-ci travaillent en ville (Hassan Kennab, 2008; Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C., 2015).

➤ **Intention de quitter le corps**

L'intention de quitter définitivement le corps des sages-femmes pour autres corps de métier de santé par les concours professionnels, est retrouvée chez les sages-femmes au Sénégal dans l'étude de Rouleau et al. (2012). Ces résultats sont très peu similaires à ceux retrouvés dans l'étude de Y. Brunelle (2009) où des professionnels de santé quittent soit pour les hôpitaux magnétiques¹⁸ soit pour des emplois autres que dans le secteur de la santé .

6.1.5 Propositions d'amélioration pour la rétention des sages-femmes

- **Les incitations financières**

Les résultats de la présente étude viennent confirmer l'intérêt des professionnels de la santé pour les incitations financières conséquentes pour travailler en milieu rural. En guise de propositions pour améliorer ces incitations financières, les sages-femmes proposent la hausse substantielle des salaires et des indemnités ainsi que l'établissement d'une discrimination positive conséquente pour le service en milieu rural à titre compensatoire. Ces résultats corroborent ceux des études précédentes à travers le monde et en particulier dans les pays en développement où les salaires sont généralement bas (Dieleman, Cuong, Anh, & Martineau, 2003; Henderson & Tulloch, 2008; Lehmann et al., 2008; McCoy et al., 2008; Ebuehi & Campbell, 2011; Morell, Kiem, Millstead, & Pollice, 2014; Kouanda et al., 2014; M. Yé et al., 2014).

Concernant les subsides, les participantes suggèrent le maintien de prix d'achat des prestations aux taux antérieurs à défaut de leur augmentation et elles plaident pour une revalorisation des subsides destinés au personnel de santé. De même, les résultats des études d'évaluation des FBP en Zambie et en Sierra Leone ont mis en exergue la modicité des

¹⁸ *Les hôpitaux magnétiques sont des hôpitaux dont l'organisation managériale permet d'attirer et de retenir les travailleurs mieux que les autres.*

subsidés et le retard dans le paiement qui ont amené les bénéficiaires à réclamer l'amélioration de la stratégie (Goma, et al., 2014; Bertone et al., 2016).

- **Les incitations non financières**

En sus des incitations financières, les participantes suggèrent une amélioration des conditions de travail car des efforts en termes d'équipements ont été faits mais des insuffisances demeurent. Des efforts doivent être faits pour renforcer le soutien personnel et professionnel, l'effectif du personnel qualifié et le financement effectif des activités de formation et de recyclage du personnel. D'autres études ont aussi montré que les incitations non financières intéressent les agents de santé à travers le monde pour les retenir en zones rurales (Bourgueil, Mousquès, & Tajahmadi, 2006; Dambisya, 2007; Daniels, VanLeit, Skipper, Sanders, & Rhyne, 2007; M. Matsumoto, Inoue, & Kajii, 2008; Serneels et al., 2010; Kruk et al., 2010; Wiskow, Albrecht, & de Pietro, 2010).

Les conditions de vie bien qu'elles n'aient pas été expressément citées comme motif pour quitter, ne sont pas en reste. Les sages-femmes sollicitent des logements décentes avec des commodités (électricité, clôture etc.), la disponibilité d'eau potable et des denrées, et la réfection des routes pour améliorer l'accessibilité géographique ainsi que les conditions idoines pour l'éducation des enfants. Ces besoins ont été aussi mentionnés par les sages-femmes au Niger, et dans bien d'autres pays à travers le monde selon les résultats d'études précédentes (Codjia, Jabot, Dubois, WHO, et al., 2010; Zurn, Codjia, Sall, & Braichet, 2010; Lori, Rominski, Richardson, et al., 2012; Wood M. E. et al., 2013; Takemura, Kielmann, & Blaauw, 2016; Ministère de la Santé, 2016b).

La confrontation des résultats de la présente étude avec la littérature en la matière nous a permis de comprendre davantage la problématique de la rétention du personnel de santé dans les zones rurales à travers le monde. Elle nous a permis également de valider nos résultats et de mieux cerner la situation dans le DSK, implémentant le FBR. Comme précédemment démontrées, toutes les stratégies doivent être contextualisées et multidimensionnelles pour améliorer au mieux la répartition et la rétention des professionnels de santé en général et les sages-femmes en particulier dans le contexte où la lutte contre les mortalités maternelle et néonatale est un souci majeur à l'échelle planétaire (OMS, 2014; ONU, 2015; Hoope-Bender et al., 2016).

6.2 Vérification des propositions théoriques

Notre étude avait émis trois propositions théoriques qui découlait de nos objectifs de recherche. Après l'issue de l'analyse des données et de la discussion des résultats, nous sommes en mesure maintenant de vérifier ces propositions théoriques afin de les confirmer ou de les infirmer.

6.2.1 Proposition théorique N°1 : Les incitations financières octroyées (Salaires, indemnités et subsides du FBR) pour le service en milieu rural satisfont peu les sages-femmes :

À la lumière des réponses, nous sommes à mesure d'affirmer que la proposition théorique N°1 est confirmée en ce sens qu'il n'y a eu aucune satisfaction des sages-femmes quant aux salaires et aux indemnités qu'elles perçoivent pour le service en milieu rural. Aussi, leur satisfaction pour les subsides est modérée pour la simple raison qu'elles n'approuvent pas la quote-part des subsides allouée à la motivation du personnel par rapport à celle reversée pour le fonctionnement des structures sanitaires.

6.2.2 Proposition théorique N°2 : Ces incitations financières influencent peu les sages-femmes à rester dans les zones rurales ou éloignées :

La deuxième proposition théorique, influencée par la première nous montre que les salaires et les indemnités perçus par les sages-femmes ne sont pas assez suffisants pour les retenir en milieu rural. Par contre, les subsides FBR bien que peu satisfaisants les motivent à rester ne serait-ce que le temps de réussir au concours professionnel. Nous pouvons donc affirmer que cette proposition théorique est également justifiée.

6.2.3 Proposition théorique N°3 : Les conditions de vie et de travail dans le contexte du FBR influencent fortement les sages-femmes à rester dans les zones rurales ou éloignées.

La troisième proposition théorique de notre étude n'est pas confirmée pour la raison que les conditions de vie et de travail n'ont pas une influence sur la décision des sages-femmes de rester ou non en milieu rural. En effet, elles n'ont été évoquées ni comme motif pour rester ni comme motif pour quitter le milieu rural par la majorité des participantes.

6.3 Conflit d'intérêt

Cette étude n'a pas bénéficié d'un soutien financier externe quelconque pour sa réalisation, par conséquent elle a été entièrement financée sur les modiques fonds propres de l'étudiant-chercheur. En outre, l'obtention de l'approbation du Comité d'Ethique de Recherche en Santé du Burkina Faso (CERS) et de l'accord de la Direction Régionale de la Santé du Centre-Nord, nous ont permis de ne pas aller à l'encontre des intérêts d'une institution quelconque ou de heurter les sensibilités d'une tierce personne dans la réalisation de cette étude.

6.4 Retombées de l'étude

- *Retombées pour la formation*

L'importance des résultats de cette étude pour la formation des étudiants conseillers de santé n'est pas à démontrer car elle apporte des connaissances dans la gestion des ressources humaines en santé qui se trouve être un des domaines d'intérêt de cette formation. Cette étude va sans doute contribuer à enrichir la bibliothèque de l'institut afin d'améliorer la formation des futurs cadres paramédicaux sur l'unité d'enseignement (UE) concernant la gestion des ressources humaines en santé. Elle permettra de les outiller sur les exigences dans le management et la gestion de cette ressource rare et complexe dans un pays à ressource limitée.

- *Retombées pour la recherche*

Ces résultats viennent enrichir la littérature sur la problématique de la gestion des ressources humaines en santé. Le recrutement, le déploiement et la rétention étant une question complexe à l'échelle mondiale, les décideurs politiques et les gestionnaires de RHS ont besoin de résultats de recherche comme les nôtres pour son amélioration. Alors que la plupart des stratégies de rétention n'est pas évaluée, notre étude est l'une des rares à analyser l'influence des financements basés sur les résultats/performances sur la rétention ou la fidélisation des professionnels de santé en général et celle des sages-femmes en particulier. Enfin, ces résultats viennent pour développer et enrichir le corpus des connaissances en soins infirmiers et maïeutiques.

- *Retombées pour la gestion des ressources humaines et la structure technique du FBR (ST_FBR)*

Les résultats de cette étude auront une implication importante dans le développement des ressources humaines en santé. En effet, cette étude peut orienter les responsables des RHS dans la planification de leur programme de développement des RHS et dans la gestion pratique des ressources disponibles pour plus d'efficacité et d'équité en matière de disponibilité des soins de qualité à toutes leurs populations. La motivation étant au centre du comportement de toute personne, les gestionnaires pourront en se référant à nos propositions de solutions, améliorer la gestion et le management de leurs ressources humaines en santé en général et particulièrement ceux des sages-femmes afin de contribuer au renforcement du système de santé. Ces résultats pourront aider aux prises de décision pour l'amélioration des incitations financières et non financières dans le contexte du FBR et même au-delà de cette stratégie afin de mieux motiver le personnel de santé à se maintenir le plus longtemps possible dans les zones rurales. La prise en compte de ces résultats par les pays qui implémentent déjà le FBR ou ceux qui voudront l'expérimenter, contribuera à améliorer la mise en œuvre de ces stratégies.

Dans la perspective d'étendre le FBR à l'échelle nationale où les enjeux seront plus colossaux, ces résultats permettront à la ST_FBR d'améliorer les motivations financières et non financières des sages-femmes afin de les encourager davantage à se maintenir en zone rurale et à prodiguer des soins de qualité aux populations.

CONCLUSION

La problématique du recrutement et de la rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées a contraint les autorités sanitaires du Burkina Faso à implémenter plusieurs stratégies dont le plus récent est le financement basé sur les résultats (FBR). Alors que la recherche des solutions d'amélioration s'impose à tous les niveaux du système de santé, notre étude est venue apporter sa pierre à l'édifice. La présente étude qualitative qui visait à décrire les appréciations des sages-femmes (SFE) du district sanitaire de Kongoussi (DSK) sur le FBR comme stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées a permis de comprendre qu'il y a des motifs de satisfaction concernant certains aspects du FBR mais qu'il existe également des insuffisances. En effet, nous pouvons affirmer que la stratégie FBR contribue à retenir les SFE dans les zones rurales ou éloignées malgré les subsides jugés peu satisfaisants. Une amélioration de ces subsides pourrait renforcer sa capacité de rétention de ces sages-femmes, voire du personnel de santé. Le FBR demeure une bonne opportunité pour l'État burkinabé de continuer à soutenir les formations sanitaires en améliorant les conditions de travail et de vie des SFE, un autre levier de leur rétention dans les formations sanitaires rurales.

Au regard des insuffisances relevées dans notre étude, nous avons formulé des recommandations en vue d'améliorer la rétention des SFE en milieu rural. Ces recommandations vont à l'endroit de l'équipe cadre du district (ECD) de Kongoussi, des responsables de la structure technique du FBR (ST_FBR) et évidemment aux décideurs et gestionnaires des RHS du ministère de la santé.

- **À l'endroit de l'Equipe Cadre du District (ECD) du DSK**

- Appuyer efficacement les FS dans l'élaboration de leur plan d'amélioration de la performance (PAP) afin de les aider à identifier et à planifier au mieux leurs besoins en matière d'activités de renforcement de compétences des SFE (formations/supervisions etc.) et en matière d'investissements pour l'amélioration des conditions de travail. Ces activités constituent également une source importante de motivation des prestataires.
- Améliorer le soutien personnel et professionnel par la reconnaissance du travail fait à travers des lettres de félicitation et de mérite, la promotion interne des agents et dans la mesure du possible la responsabilisation des sages-femmes comme chef de poste.

- Intégrer dans les plans d'action du DSK, les gros investissements en faveur des FS tels que la construction et la réhabilitation des infrastructures (locaux et logements), l'électrification et l'adduction en eau potable des structures sanitaires etc.).
- Faire des plaidoyers auprès des partenaires au développement locaux, des autorités politico-administratives et des opérateurs économiques de la région pour acquérir des logements, infrastructures et matériels en faveur des FS.

- **À l'endroit de la structure technique du FBR (ST_FBR)**

- Augmenter ou à défaut maintenir les prix d'achat des prestations afin d'accroître les recettes des FS pour une meilleure capacité et une autonomie financières des FS.
- Augmenter à 50% la quote-part des subsides destinés aux personnels de santé et assurer le paiement des subsides dans les délais impartis.
- Appuyer davantage l'ECD dans l'accompagnement des FS dans l'élaboration de leurs PAP et dans l'amélioration du soutien professionnel et personnel des agents de santé (récompenser les meilleures sages-femmes par exemple).

- **À l'endroit de l'État Burkinabé**

- Étendre la stratégie FBR à l'échelle nationale afin de d'améliorer la rétention des SFE dans toutes les zones rurales du pays et assurer sa pérennisation basée sur des financements endogènes (l'État), gage de sa longévité.
- Améliorer les conditions salariales et indemnitaires (logements, astreintes, risque, pénibilité, de dépaysement...) des sages-femmes pour le service en milieu rural en instituant une discrimination financière (salariale et indemnitaire) conséquente d'au moins 30 000 FCFA afin de motiver les sages-femmes à rejoindre et à rester en zone rurale.
- Améliorer les conditions de vie des SFE par la disponibilité des logements décents (eau courante, électricité) et des infrastructures sportive, ludique et éducationnelle (centres jeunes, centres multimédias dans les chefs-lieux de départements). L'État doit assurer la réparation des routes pour améliorer l'accessibilité physique des FS.
- Améliorer les conditions d'éducation des enfants des SFE travaillant en zone rurale par la disponibilité des établissements de qualité pour l'éveil des jeunes enfants (écoles maternelles ou garderies, crèches...). Aussi, l'État doit accorder aux enfants de ces SFE des mesures d'accompagnement pour leur éducation à type de bourses ou d'allocations spécifiques.

La mise en œuvre de ces recommandations pourrait contribuer à l'amélioration des incitations financières, des conditions de vie et de travail des sages-femmes et par conséquent à l'amélioration de la rétention des sages-femmes dans les zones rurales du Burkina Faso.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adzei, F. A., & Atinga, R. A. (2012). Motivation and retention of health workers in Ghana's district hospitals: Addressing the critical issues. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4), 467- 485. <https://doi.org/10.1108/14777261211251535>
- Ageyi-Baffour, P., Rominski, S., Nakua, E., Gyakobo, M., & Lori, J. R. (2013). Factors that influence midwifery students in Ghana when deciding where to practice: a discrete choice experiment. *BMC Medical Education*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-64>
- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives*, 32(1), 26-56.
- Alphonse Akpamoli. (2013, mai). *Financement basé sur les résultats au Bénin: Mise en œuvre et leçons tirées des premiers résultats. Revue conjointe de performance.*
- Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation: une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 22(2), 211-226.
- Awases M. , Gbary A. , Nyoni J. & Chatora R. (2004). *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report.* World Health Organization. Consulté à l'adresse <https://www.google.com>
- Baker, S. E., Edwards, R., & Doidge, M. (2012). How many qualitative interviews is enough?: Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. Consulté à l'adresse <http://eprints.brighton.ac.uk/11632/>
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-86>
- Bartlett, L.A., LeFevre, A., Gibson, H., et al., (2011). *Evaluation of the Pre-Service Midwifery Education Program in Afghanistan. Jhpiego/HSSP/USAID* (p. 66).
- Berger, E., Crescentini, A., Galeandro, C., & Crohas, G. M. (2010). La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, 1-8.
- Bertone, M. P., Lagarde, M., & Witter, S. (2016). Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers: findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1546-8>
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bonfrer, I., Van de Poel, E., & Van Doorslaer, E. (2014). The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. *Social Science & Medicine*, 123, 96- 104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.004>
- Bourgueil, Y., Mousquès, J., & Tajahmadi, A. (2006). *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé?: les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France.* Institut de recherche et documentation en économie de la santé Paris. Consulté à l'adresse <http://www.academia.edu/download/33739412/rap1635.pdf>
- Boutin G. (2000). *L'entretien de recherche qualitatif, Sainte-Foy (QC) : Presses de l'Université du Québec.*
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77- 101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(1), 39. <https://doi.org/10.3917/pos.401.0039>

- Buchan, J., Couper, I. D., Tangcharoensathien, V., Thepannya, K., Jaskiewicz, W., Perfilieva, G., & Dolea, C. (2013). Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(11), 834- 840. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.119008>
- Chomitz K. M. et al. (1997). Indonesia - Attracting Doctors to Rural Areas 1997 - Overview. Consulté à l'adresse <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/432/study-description>
- Codjia, L., Jabot, F., Dubois, H., World Health Organization, & others. (2010). Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali. Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44277>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative research and inquiry design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dambisya, Y. M. (2007). A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa. *Health Systems Research Group, Department of Pharmacy, School of Health Sciences, University of Limpopo, South Africa*, (44), 49–50.
- Daniels, Z. M., VanLeit, B. J., Skipper, B. J., Sanders, M. L., & Rhyne, R. L. (2007). Factors in recruiting and retaining health professionals for rural practice. *The Journal of Rural Health*, 23(1), 62–71.
- Darkwa, E. K., Newman, M. S., Kawkab, M., & Chowdhury, M. E. (2015). A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1012-z>
- Dieleman, M., Cuong, P. V., Anh, L. V., & Martineau, T. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for Health*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-10>
- District Sanitaire de Kongoussi. (2017). Plan d'Action.
- Dolea, C., Stormont, L., & Braichet, J.-M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 379- 385. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>
- Duchesne, S. (2000). *Pratique de l'entretien dit « non-directif »*. Presses Universitaires de France. Consulté à l'adresse <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-00979397/>
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 4(1), 12. <https://doi.org/doi:10.1186/1478-4491-4-12>
- Ebuehi, O. M., & Campbell, P. C. (2011). Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: a case study of four LGAs in Ogun State, Nigeria. *Rural Remote Health*, 11(1), 1515.
- Fastone M Goma, Gail Tomblin Murphy, Adrian MacKenzie, Miriam Libetwa, Selestine H Nzala, Clara Mbwili-Muleya, Janet Rigby, Amy Gough. (2014). Evaluation of recruitment and retention strategies for health workers in rural Zambia.
- Frehywot, S., Mullan, F., Payne, P. W., & Ross, H. (2010). Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 364- 370. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.071605>
- Fritsche, G. B., Soeters, R., & Meessen, B. (2014). *Performance-Based Financing Toolkit*. World Bank Publications.
- Gonin, A. (2008). L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. *Une approche psychosociale des représentations professionnelles: historicité, ancrage et fonctions*. Consulté à l'adresse http://www.academia.edu/download/33529536/gonin_a.pdf

- Graça, C., Amarina, L., & Thentz, C. (2014). *Le mentorat comme stratégie de fidélisation des infirmières jeunes diplômées dans la première année d'exercice de leur profession*. Haute école de santé Genève. Consulté à l'adresse <http://doc.rero.ch/record/232462>
- Grobler, L., Marais, B. J., Mabunda, S., Marindi, P., Reuter, H., & Volmink, J. (2009). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub2>
- Hassan Kennab. (2008). *Les facteurs d'instabilité des personnels de santé au niveau de la zone rurale de la région Fès – Boulemane au Maroc*. Consulté à l'adresse <https://www.google.bf>
- Henderson, L. N., & Tulloch, J. (2008). Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human Resources for Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-18>
- Honda, A., & Vio, F. (2015). Incentives for non-physician health professionals to work in the rural and remote areas of Mozambique—a discrete choice experiment for eliciting job preferences. *Human Resources for Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0015-5>
- Hoope-Bender, P. ten, Lopes, S. T. C., Nove, A., Michel-Schuldt, M., Moyo, N. T., Bokosi, M., ... Homer, C. (2016). Midwifery 2030: a woman's pathway to health. What does this mean? *Midwifery*, 32, 1- 6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.014>
- Huicho, L., Molina, C., Diez-Canseco, F., Lema, C., Miranda, J. J., Huayanay-Espinoza, C. A., & Lescano, A. G. (2015). Factors behind job preferences of Peruvian medical, nursing and midwifery students: a qualitative study focused on rural deployment. *Human Resources for Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0091-6>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2015). Rapport du Module Démographie et Santé (MDS) de l'Enquête Multisectorielle Continue (EMC) du Burkina Faso.
- Jaap Koot & Tim Martineau. (2005). *Mid-term review of Zambian health workers retention scheme (ZHWRs) 2003–2004. Final Report. Lusaka , Zambia* (Tropical Health).
- Jaskiewicz, W., Phathamavong, O., Vangkonevilay, P., Paphassarang, C., Phachanh, I. T., & Wurts, L. (2012). Toward development of a rural retention strategy in Lao People's Democratic Republic: understanding health worker preferences. *Washington, DC: CapacityPlus*. Consulté à l'adresse <https://www.intrahealth.org>
- Jean-Pierre Deslauriers & Michelle Kérisit. (1997). La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Le devis de recherche qualitative.
- Juin, S. (2011). Diagnostic de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti. Consulté à l'adresse <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/6063>
- Julien Carlier. (2013). Fidéliser et fédérer le personnel : un travail de chef? - PDF. Consulté 22 février 2017, à l'adresse <http://docplayer.fr/15987123-Fideliser-et-federer-le-personnel-un-travail-de-chef.html>
- Jurien Toonen, Ann Canavan, Petra Vergeer and Riku Elovainio. (2009). Learning lessons on implementing performance based financing, from a multi-country evaluation, 2009. Consulté à l'adresse www.who.int/contracting/PBF.pdf
- Kalk, A., Paul, F. A., & Grabosch, E. (2010). 'Paying for performance' in Rwanda: does it pay off? *Tropical Medicine & International Health*, 15(2), 182- 190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02430.x>

- Khim, K. (2016). Are health workers motivated by income? Job motivation of Cambodian primary health workers implementing performance-based financing. *Global Health Action*, 9. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31068>
- KIT, J. T., KIT, A. C., KIT, P. V., & WHO, R. E. (2009). Learning lessons on implementing performance based financing, from a multi-country evaluation kit (Royal Tropical Institute) in collaboration with Cordaid and WHO. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/>
- Koot J. & Martineau T. (2005). Mid Term Review. Consulté à l'adresse http://www.hrhresourcecenter.org/hosted_docs/Zambian_Health_Workers_Retention_Scheme.pdf
- Kouanda, S., Yaméogo, W. M. E., Ridde, V., Sombié, I., Baya, B., Bicaba, A., ... Sondo, B. (2014). An exploratory analysis of the regionalization policy for the recruitment of health workers in Burkina Faso. *Human Resources for Health*, 12(Suppl 1), S6. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-S1-S6>
- Kruk, M. E., Johnson, J. C., Gyakobo, M., Agyei-Baffour, P., Asabir, K., Kotha, S. R., ... Dzodzomenyo, M. (2010). Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 333-341. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.072892>
- Le Projet AIDSTAR-Two. (2011). Le manuel FBP : Conception et mise en place de programmes efficaces de financement basés sur la performance. Version 1.0 Cambridge Management Sciences for Health. Consulté 7 février 2017, à l'adresse <https://www.google.fr/>
- Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-19>
- Lori, J. R., Rominski, S. D., Gyakobo, M., Muriu, E. W., Kweku, N. E., & Agyei-Baffour, P. (2012). Perceived barriers and motivating factors influencing student midwives' acceptance of rural postings in Ghana. *Human Resources for Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-17>
- Lori, J. R., Rominski, S., Richardson, J., Agyei-Baffour, P., Kweku, N. E., & Gyakobo, M. (2012). Factors influencing Ghanaian midwifery students' willingness to work in rural areas: A computerized survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 834-841. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.006>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358(9280), 483-488.
- Mansoor, G. F., Hashemy, P., Gohar, F., Wood, M. E., Ayoubi, S. F., & Todd, C. S. (2013). Midwifery retention and coverage and impact on service utilisation in Afghanistan. *Midwifery*, 29(10), 1088-1094. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.021>
- Marjolein Dieleman and Jan Willem Harnmeijer. (2006). *Improving Health worker performance : in search of promising practices.*
- Matsumoto, K., Seto, K., Fujita, S., Kitazawa, T., & Hasegawa, T. (2015). Population aging and physician maldistribution: a longitudinal study in Japan. *Journal of Hospital Administration*, 5(1). <https://doi.org/10.5430/jha.v5n1p29>
- Matsumoto M. & Inoue K., Kajii E. (2008). Long-term effect of the Home Prefecture Recruiting Scheme of Jichi Medical University, Japan. Rural and Remote Health (Internet). Consulté 7 février 2017, à l'adresse <https://www.google.fr/>
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7226), 50-52.

- Mba R.M., Messi F. & Ongolo-Zogo P. (2011). *Maintenir la présence des personnels soignants dans les formations sanitaires rurales enclavées au Cameroun; Note d'Information Stratégique (NIS) fondée sur des bases factuelles*. Consulté à l'adresse <https://www.google.fr>
- McCoy, D., Bennett, S., Witter, S., Pond, B., Baker, B., Gow, J., ... McPake, B. (2008). Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 371(9613), 675-681. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60306-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60306-2)
- Meessen, B., Kashala, J.-P. I., & Musango, L. (2007). Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(2), 108-115.
- Miller, G., & Babiartz, K. S. (2013). *Pay-for-performance incentives in low-and middle-income country health programs*. National Bureau of Economic Research. Consulté à l'adresse <http://www.nber.org/papers/w18932>
- Ministère de la Santé. (2011). Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2020), Burkina Faso.
- Ministère de la Santé. (2013). Guide de mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) dans le secteur de la santé au Burkina Faso. Consulté à l'adresse <http://www.fbrburkina.org/documents/item/6>.
- Ministère de la Santé. (2014). Annuaire statistique du Burkina Faso.
- Ministère de la Santé. (2015a). *Annuaire statistique (2015), Burkina Faso*.
- Ministère de la Santé. (2015b). Direction des Ressources Humaines du Burkina Faso. Consulté à l'adresse <Http://www.sante.gov.bf/>
- Ministère de la Santé. (2016a). *Analyse de la faisabilité politique, sociale et financière des interventions du plan de développement des ressources humaines en santé au Burkina Faso (Version provisoire)*.
- Ministère de la Santé. (2016b). *Étude sur la cartographie analytique des stratégies de formation, de recrutement, de déploiement et de fidélisation des ressources humaines en santé au Burkina Faso*.
- Ministère de la Santé. (2016c). *Etude sur les stratégies de déploiement et de redéploiement des ressources humaines en santé au Burkina Faso*.
- Ministère de la Santé. (2016d). *Rapport final de l'étude sur la fidélisation et motivation des ressources humaines en santé à fournir des soins maternels et infantiles de qualité en milieu rural au Burkina Faso*.
- Moha, M., Ridde, V., & Dagenais, C. (2015). *Personnels d'obstétrique nigériens et conditions pour exercer en milieu rural. Cas de la région sanitaire de Tillabéry. (p. 143)*. Niamey, Niger. Organisation Mondiale de la Santé.
- Mollahaliloğlu S., et al. (2012). The views of new graduate physicians about compulsory service in turkey, 2012. Consulté à l'adresse <https://www.google.fr/>
- Molly E. Wood, et al. (2013). Factors influencing the retention of midwives in the public sector in Afghanistan: A qualitative assessment of midwives in eight provinces, 2013. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.004>
- Morell, A. L., Kiem, S., Millsted, M. A., & Pollice, A. (2014). Attraction, recruitment and distribution of health professionals in rural and remote Australia: early results of the Rural Health Professionals Program. *Human Resources for Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-15>
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Nzayirambaho M. et al. (2013). *Influence d'un programme de Financement Basé sur la Performance (FBP) sur la stabilité du personnel de santé.pdf*.

- Olivier Byaruhanga Ngbapé. (2011). Evaluation du programme achat de la performance pour l'amélioration de la qualité des soins dans la zone de santé de Goma. Consulté à l'adresse <http://www.memoireonline.com>
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*, (1), 71–109.
- OMS. (2014). Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53e Conseil directeur de l'OPS, 66e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington (DC), États-Unis. *Washington (DC): OPS*.
- ONU. (2015). Projet de document final du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015 : les Objectifs du Développement Durable (ODD 2015-2030). Consulté à l'adresse <https://www.google.fr>
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
- Paul Pilipili Hangi, Munyanga Mukongo, Eric Mafuta, Delmond Kyanza. (2015). Memoire : Analyse des résultats du financement basé sur le performance dans l'amélioration de la quantité et qualité des prestations des soins : Étude de cas de la ZS de Luiza versus la ZS de Bilomba sous-projet PROSANI/MSH 2011-2014.
- Pires, A. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 3–54.
- Pires, A., & others. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113–169.
- Prytherch, H., Kagoné, M., Aninanya, G. A., Williams, J. E., Kakoko, D. C., Leshabari, M. T., Sauerborn, R. (2013). Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers: a comparison of qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-149>
- Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W., & Hazelwood, C. E. (1999). A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years. *JAMA*, 281(3), 255–260. <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.255>
- Rockers, P. C., Jaskiewicz, W., Wurts, L., Kruk, M. E., Mgomella, G. S., Ntalazi, F., & Tulenko, K. (2012). Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-212>
- Rouleau, D., Fournier, P., Philibert, A., Mbengue, B., & Dumont, A. (2012). The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal. *Human Resources for Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-9>
- Royston PJ., Mathieson K., Leafman J. & Ojan-Sheehan O. (2012). Medical student characteristics predictive of intent for rural practice. *Rural and Remote Health*, 2012. Consulté à l'adresse <http://www.rrh.org.au>
- Sabine Stordeur, Martine Mayrand-Leclec, Mélanie Lavoie-Tremblay. (2009). Stratégies d'amélioration des conditions de travail, inspirées de l'expérience des Magnet hospitals.
- Scheewe S., Dieleman M., Millogo JJ. & Traore A. (2013). Planification pour une couverture universelle: les Ressources Humaines en Santé Maternelle, Néonatale et Infantile du Burkina Faso. Burkina Faso. Consulté à l'adresse <https://www.google.fr/>
- Sekaganda Etienne, Habaguhirwa Jean Baptiste et Habineza Christian. (2010). Santé et performance au Rwanda Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche PBF.

- Serneels, P., Montalvo, J. G., Pettersson, G., Lievens, T., Butera, J. D., & Kidanu, A. (2010). Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 342–349. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.072728>
- Serra, D., Serneels, P., & Barr, A. (2011). Intrinsic motivations and the non-profit health sector: Evidence from Ethiopia. *Personality and Individual Differences*, 51(3), 309–314.
- Seyi Olujimi, Samuel Ngobua, Randi Burlew, and Wanda Jaskiewicz. (2014). CapacityPlus/IntraHealth International Paul Marsden, CapacityPlus/Liverpool Associates in Tropical Health: Study of Attrition, Availability, and Retention of Midwife Service Scheme Officers in Nigeria, 2014. Consulté à l'adresse <https://www.google.fr/>
- Sibé, M. (2014). *L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail*. Rennes 1. Consulté à l'adresse <http://www.theses.fr/2014REN1G031>
- Soeters R., Peerenboom PB., Mushagalusa P. & Kimanuka C. (2011). Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Aff Proj Hope*, 2011. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0019>
- St-Onge, S., Guérin, G., Trottier, R., Haines, V., & Simard, M. (1994). L'équilibre travail-famille: un nouveau défi pour les organisations. *Gestion*, 19(2), 64–73.
- Takemura, T., Kielmann, K., & Blaauw, D. (2016). Job preferences among clinical officers in public sector facilities in rural Kenya: a discrete choice experiment. *Human Resources for Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0097-0>
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Wanda Jaskiewicz et al. (2015). African Population & Health Research Center. Rapid Retention Survey Toolkit: Designing Evidence-Based Incentives for health workers, R e v i s e d July 2015. Washington, DC: World Bank. Consulté à l'adresse <https://www.google.com>
- WHO. (2009). MDG 5: Improve Maternal Health. Consulté à l'adresse <https://www.google.fr>
- WHO.(2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO. Consulté à l'adresse <https://www.google.fr>
- WHO. (2011). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation: Recommandations pour une politique mondiale (Avec Cd-rom)*. World Health Organization.
- Wilson, N. W., Couper, I. D., De Vries, E., Reid, S., Fish, T., & Marais, B. J. (2009). inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health*, 9(1060). Consulté à l'adresse http://www.academia.edu/download/19500040/Wilson_et_al_2009_A_critical_review__rural_and_remote_health.pdf
- Wiskow, C., Albrecht, T., & de Pietro, C. (2010). Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé? In *Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé*. Consulté à l'adresse <http://www.euro.who.int/>
- Wood, M. E., Mansoor, G. F., Hashemy, P., Namey, E., Gohar, F., Ayoubi, S. F., & Todd, C. S. (2013). Factors influencing the retention of midwives in the public sector in Afghanistan: A qualitative assessment of midwives in eight provinces. *Midwifery*, 29(10), 1137–1144. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.004>
- Yé, M., Aninanya, G. A., Sié, A., Kakoko, D. C. V., Chatio, S., Kagoné, M., Sauerborn, R. (2014). Establishing sustainable performance-based incentive schemes: views of rural health workers

- from qualitative research in three sub-Saharan African countries. *Rural and Remote Health*, 14(3), 2681.
- Yé, M., Diboulo, E., Kagoné, M., Sié, A., Sauerborn, R., & Loukanova, S. (2016). Health worker preferences for performance-based payment schemes in a rural health district in Burkina Faso. *Global Health Action*, 9(1), 29103. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29103>
- Zurn, P., Codjia, L., Sall, F. L., & Braichet, J.-M. (2010). How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 386- 389. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070730>
- Zurn, P., Codjia, L., Sall, F. L., & WHO & Others. (2010). La fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles au Sénégal. Consulté à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44270/1/9789242599046_fre.pdf.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation du Comité d'Éthique de la Recherche en Santé (CERS)

MINISTERE DE LA SANTE

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SUPERIEURS, DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION**

**COMITE D'ETHIQUE POUR
LA RECHERCHE EN SANTE**

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice

DELIBERATION N° 2017-6-092

1. TITRE DE LA RECHERCHE

««Perceptions des sages-femmes sur une stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales, le financement basé sur les résultats (FBR) : cas du district sanitaire de Kongoussi au Burkina Faso»

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Mai 2017

3. DOCUMENTATION

Protocole de recherche
Copie reçu de paiement

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Directeur de mémoire : Dr Dieudonné SOUBEIGA
Etudiant : PODA Daniel

5. SITE DE LA RECHERCHE

Burkina Faso

6. DATE DE LA DELIBERATION

07 juin 2017

7. ELEMENTS EXAMINES

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé et note d'information;
- Budget de la recherche ;
- CVs

8. OBSERVATIONS

Joindre les outils de collecte des données avant le début de l'étude

9. MEMBRES AYANT SIEGE

- Dr Séni KOUANDA ;
- Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE ;
- Mr Mathias SAM ;
- Dr R. Frank Edgard Zongo ;
- Dr. Maminata TRAORE;
- Dr Dieu-donné OUEDRAOGO ;
- Dr. W. Pierre YAMEOGO ;
- Dr Fla KOUETA ;
- Dr Clotaire NANGA.

10. AVIS DU COMITE

Favorable

11. RESERVES

12. RECOMMANDATIONS

Ouagadougou, le 07 juin 2017

Le Rapporteur



Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE

Le Président



Pr Séni KOUANDA, Directeur de recherche
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Annexe 2 : Autorisation d'enquête de la Direction Régionale de la Santé du Centre-Nord

O/ZWEL

MINISTRE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION REGIONALE DE
LA SANTE DU CENTRE NORD
N°2017-144MS/SG/DRS-CN



BURKINA FASO

Unité – Progrès - Justice

Kaya, le 08 Mai 2017

Le Directeur Régional de la Santé

A

*Monsieur le Directeur de l'Institut de
formation et de Recherche
Interdisciplinaires en Santé (IFRIS)
- OUAGADOUGOU -*

Objet : autorisation de collecte de données
Réf : votre lettre N°2017-022/IFRIS

Suite à votre lettre N°2017-022/IFRIS en date du 02 Mai 2017 et relative à une demande d'autorisation de collecte de données dans la Région Sanitaire pour la rédaction des mémoires de fin d'études dont le thème est : « **Perception des sages-femmes sur le financement basé sur les résultats (FBR) comme stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées : cas du district sanitaire de Kongoussi** » au profit de l'étudiant PODA Daniel, je viens par la présente marquer mon accord pour la collecte des données en rapport avec cette étude.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'expression de ma franche collaboration.

Le Directeur Régional de la Santé

Dr Issa OUEDRAOGO /
Médecin de Santé Publique



Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Institut de Formation et de Recherche

Burkina Faso

Interdisciplinaires en Santé (IFRIS)

Unité-Progrès-Justice

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre du projet de recherche

Appréciations des sages-femmes sur une stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales, le financement basé sur les résultats (FBR): cas du district sanitaire de Kongoussi au Burkina Faso.

Etudiant

M. PODA Daniel
*Msc en Sciences Maïeutiques
et Santé de la Reproduction*

Directeur de mémoire

Dr Drissa Sia
PhD. en Santé Publique

Co-directeur de mémoire

Dr Dieudonné SOUBEIGA
PhD. en Épidémiologie

Informations

Chère participante,

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche qui s'intéresse au financement basé sur les résultats (FBR) comme une stratégie pouvant inciter les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat (SFE/ME) à travailler dans les zones rurales ou éloignées du Burkina Faso. Pour attester que vous êtes informé(e) des conditions de cette étude, nous vous prions de lire le présent formulaire de consentement puis de le signer. N'hésitez pas à nous demander des explications au sujet de tout élément que vous ne comprenez pas.

Nature du projet de recherche et objectifs.

Cette étude rentre dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin d'études en Master II, option Sciences Maïeutiques et Santé de la Reproduction à l'Institut de Formation

et de Recherche Interdisciplinaires en Santé (IFRIS) sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin (USTA) à Ouagadougou, Burkina Faso.

L'étude a pour objectif de décrire les appréciations des sages-femmes sur le FBR comme une stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones sanitaires rurales du Burkina Faso. La collecte d'informations portera également sur les données sociodémographiques et de base, telles que le sexe, l'âge et situation matrimoniale etc.

Par cette étude, nous désirons mieux comprendre si le FBR peut inciter les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat à travailler dans les régions rurales.

Participation à l'étude

Nous vous demandons de répondre à différentes questions, afin de partager avec l'étudiant-chercheur vos appréciations sur le financement basé sur les résultats (FBR) comme une stratégie de rétention du personnel soignant dans les zones rurales. Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vous êtes libres de refuser de répondre à toute question.

Bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine des Sciences Maïeutiques, également dans la gestion des ressources humaines en santé et plus spécifiquement l'amélioration des stratégies de recrutement, de déploiement et de rétention des sages-femmes et maïeuticiens d'Etat dans les zones sanitaires rurales ou éloignées du Burkina Faso.

Risques et inconvénients

Il n'y a aucun risque et inconvénient de nature physique liés à votre participation. Mais vous pourrez à tout moment de l'enquête décider de vous retirer sans que cela ne cause de préjudice.

Confidentialité

Les informations que vous fournirez demeureront confidentielles et ne seront diffusées à quiconque. Les enregistrements seront conservés par devers l'étudiant en toute sécurité et dans le cadre de cet engagement, nous codifions votre identité et celui du centre pour assurer l'anonymat. Ils seront détruits à la fin de l'étude. Les données seront entrées dans une base de données informatique et seront conservées de façon sécuritaire et protégées par un mot de passe. Seules l'équipe de recherche y aura accès.

Vos informations personnelles seront gardées confidentielles dans notre ordinateur et seul l'étudiant-chercheur y aura accès. Nous pourrions vous contacter de nouveau, seulement s'il est nécessaire pour collecter des informations supplémentaires. Votre entrevue sera enregistrée afin de nous permettre de mieux analyser en détail le contenu de notre conversation. Une copie sera fournie au participant et une autre sera gardée par l'équipe de référence.

Cette étude a reçu une autorisation du Comité d'Ethique de Recherche en Santé du Burkina Faso et celle du Directeur Régional de la Santé du Centre-Nord.

Déclaration du participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer de ce projet en tout temps.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de l'enquêteur

Signature de l'enquêteur

Date

Annexe 4 : Note d'information du participant

NOTE D'INFORMATION A L'INTENTION DES SAGES-FEMMES

TITRE DE L'ÉTUDE :

« Appréciations des sages-femmes sur une stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales, le financement basé sur les résultats (FBR) : Cas du district sanitaire de Kongoussi au Burkina Faso ».

INVESTIGATEUR PRINCIPAL

PODA Daniel, étudiant en Master II en sciences Maïeutiques et Santé de la Reproduction, à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Santé (IFRIS) sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin (USTA) de Ouagadougou.

NOMS DES DIRECTEURS DE LA RECHERCHE

- **Dr SIA Drissa**, PhD. en Santé Publique
- **Dr SOUBEIGA Dieudonné**, PhD. en Épidémiologie

INFORMATION

1. PRÉAMBULE

Le présent document résume le projet de recherche pour lequel vous êtes invité à participer à titre de sujet de recherche. Les informations qui s'y retrouvent expliquent toutes les facettes du projet de recherche ainsi que tout ce qui concerne votre participation. Il est important de bien comprendre le texte qui suit puisque ce sont ces informations qui vous permettront de prendre une décision réfléchie et informée sur votre participation à ce projet de recherche. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas compris.

2. DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche dans le cadre de notre mémoire de fin d'études. Le but de ce projet est de contribuer à l'amélioration du recrutement et du maintien des sages-femmes dans les zones sanitaires rurales ou éloignées du Burkina Faso.

Pour atteindre de notre objectif général qui est de décrire les appréciations des sages-femmes sur le financement basé sur les résultats (FBR) comme une stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées, il nous a semblé plus convenable de mener une étude qualitative pour mieux comprendre les facteurs à même d'inciter davantage ces professionnels de la santé à travailler dans les zones rurales ou éloignées. C'est dans cette optique que nous sollicitons la participation à cette enquête des sages-femmes du district sanitaire de Kongoussi dans la région du Centre-Nord qui implémente depuis 2014 la stratégie du financement basé sur les résultats (FBR).

3. NATURE DE LA PARTICIPATION

Dans le cadre de ce projet de recherche, votre participation consistera à prendre part à une entrevue semi structurée d'une durée approximative de 60 minutes. Cette entrevue se déroulera dans une des salles de votre établissement vous convenant mais de préférence celle qui sied à l'interview. Au cours de cet échange, le chercheur vous invitera à répondre à un certain nombre de questions relatives à la rétention/fidélisation des sages-femmes en milieu rural ou éloigné dans le contexte du FBR.

4. AVANTAGES

Il se peut, qu'à court terme, vous ne perceviez aucun avantage à faire partie de cette recherche. Cependant, votre participation à l'étude proposée vous donnera l'occasion de partager votre expérience en tant qu'acteur du système de santé, et ainsi contribuer à une meilleure répartition géographique des ressources humaines en santé en général et de celle des sages-femmes en particulier, toute chose qui contribuera à rendre accessible des soins de santé maternelle et néonatale de qualité à toute la population du Burkina Faso. Dans le même ordre d'idées, votre participation à un tel projet pourra contribuer à informer les décideurs politiques et les gestionnaires de ressources humaines sur les stratégies d'amélioration des conditions de vie et de travail des agents de santé dans les régions rurales ou éloignées pour une gestion efficiente et équitable des ressources humaines en santé.

5. RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Nous vous rassurons qu'il n'y a aucun risque et inconvénient à la participation à cette recherche même si nulle œuvre humaine n'est exempte de risque minime soit-il.

6. COMMUNICATION DES RESULTATS GENERAUX

Nous vous offrons la possibilité d'être tenu informé des résultats généraux du projet. En effet, lorsque le rapport de recherche sera complété, il sera accessible à tous pour consultation à la bibliothèque de l'IFRIS sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin à Saaba et en ligne si nous produisons éventuellement un article scientifique y afférent. Si vous en faites la demande, nous pourrons vous informer de la date à partir de laquelle le document sera disponible pour consultation.

7. CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT

Ce projet demeure confidentiel c'est-à-dire que seuls le chercheur et les directeurs de recherche auront accès à l'information recueillie. De plus, nous pouvons vous assurer qu'aucun détail permettant qu'on vous reconnaisse ne sera mentionné. Par exemple, votre nom n'apparaîtra sur aucun document. Enfin, les résultats de ce projet de recherche pourront servir à des fins de publication ou de communication dans des congrès scientifiques sans que votre identité ne soit révélée.

8. CONSERVATION ET DESTRUCTION DES DONNÉES DE L'ÉTUDE

Les informations recueillies seront conservées en lieu sûr dans notre ordinateur, et ce, pendant toute la durée de l'étude et la rédaction du rapport de recherche. Seul le chercheur aura accès à ces informations puis, les données seront détruites après la fin de la présente étude.

9. LIBERTÉ DE CONSENTEMENT ET LIBERTÉ DE SE RETIRER

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes entièrement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de répondre ou non à toutes les questions et de vous retirer du projet sans subir le moindre préjudice.

10. COMPENSATION

Cette étude est libre de toute charge financière. Il n'est prévu aucune compensation financière concernant votre participation à cette étude.

11. IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES

Pour toutes questions concernant le déroulement de l'étude, vous pouvez vous adresser à **PODA Daniel**, étudiant-chercheur, **Dr SIA Drissa** ou à **Dr SOUBEIGA Dieudonné**, Directeur de l'IFRIS dont les contacts téléphoniques et les courriels vous seront donnés à l'issue de l'entretien.

Pour toutes questions concernant vos droits à titre de participant ou pour tout problème ou plainte concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation, vous pourrez vous adresser au Médecin Chef du District Sanitaire de Kongoussi.

Annexe 5 : Guide d'entretien semi-structuré

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES SAGES-FEMMES ET MAIEUTICIENS D'ETAT (SFE/ME)

Je me nomme **PODA Daniel**, étudiant en fin de cycle en Master II à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Santé (IFRIS) sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin (USTA), option Sciences Maïeutiques et Santé de la Reproduction. Je voudrais solliciter votre participation à cette étude qui rentre dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fins d'études dont le thème est « *Appréciations des sages-femmes sur une stratégie de rétention du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées, le financement basé sur les résultats (FBR) : cas du district sanitaire de Kongoussi (DSK) au Burkina Faso* ».

Date de l'interview :

Heure de début :

Heure de fin :

I- Structure sanitaire

- Type de structure : CSPS rural /___/ CSPS urbain/___/ Hôpital de district (HD) /___/
- Distance CSPS - HD : Moins de 5 km /___/ 5 à 10 km /___/ Plus de 10 km /___/

II- Situation sociodémographique et professionnelle de l'enquêté (e)

- Nom et Prénoms de l'enquêté (e):
- N° d'identification :
- Age (en année) : Ethnie :
- Sexe : Féminin /___/ Masculin /___/
- Niveau d'instruction : Secondaire /___/ Supérieur /___/
- Statut matrimonial : Marié (e) /___/ Concubinage /___/ Célibataire /___/
- Lieu de socialisation : Rural /___/ Ouaga/Bobo /___/ Autre ville /___/
- Nombre d'enfants : Non scolarisé /___/ Primaire /___/ Secondaire et + /___/
- Ancienneté dans le corps : < 1 an /___/ 1 - 4 ans /___/ 5 ans et plus /___/
- Ancienneté dans le DSK : < 1 an /___/ 1 - 3 ans /___/ 4 ans et plus /___/
- Type de recrutement du fonctionnaire : National /___/ Régional /___/

III- Expérience de travail et de séjour en milieu rural

- Avez-vous déjà vécu ou travaillé par le passé en milieu rural avant votre affectation dans le DSK ?
- Pouvez-vous me parler de vos expériences de travail en milieu rural ?
 - Durée du séjour
 - Sentiments sur ce séjour en milieu rural.

IV- Choix de la carrière professionnelle

- Pouvez-vous me parler de votre choix pour ce métier ?
 - Vocation, influence familiale ou d'un personnel de santé, altruisme, recherche de gain ou autres raisons
- Que pensez-vous du stage de milieu rural que vous avez eu au cours de votre formation de sage-femme ?
- Parlant du milieu rural, que pensez-vous de votre lieu de travail ?

V. Appréciations des SFE/ME sur leurs conditions salariales au Burkina Faso

- Que pensez-vous de la rémunération que vous percevez de l'Etat en tant que sage-femme pour le service en zone rurale ?
 - Salaires et indemnités compensatoires

A- Appréciations des SFE/ME sur la stratégie FBR

- Pouvez-vous me parler des objectifs du FBR ?
 - Objectif en lien avec le personnel de santé
- Que pensez-vous du Financement Basé sur les Résultats (FBR) comme stratégie de rétention ou de fidélisation du personnel de santé dans les zones rurales ou éloignées du Burkina Faso ?
- Dans le contexte du travail avec le FBR, que pensez-vous de la qualité des soins dispensés à la population ?
 - Champ d'activités et des normes en matière de qualité des soins
- Pouvez-vous donner votre appréciation de la qualité des soins (en termes de propreté, d'équipement, effectifs etc.) entre les établissements de santé en zones rurales dans le contexte du FBR et ceux en zones urbaines ?

- Que pensez-vous des critères d'évaluation du FBR ?
- Que pensez-vous de vos résultats/performances dans le cadre du FBR ?
 - Sur le plan quantitatif et qualitatif

B- Appréciations des SFE/ME sur les incitations financières (subsidés) du FBR

- Que pensez-vous des montants alloués par le FBR aux structures sanitaires (prix d'achat des prestations) ?
- Que pensez-vous de la gestion de ces montants? (clé de répartition selon les rubriques)
- Que pensez-vous des montants dévolus au personnel de santé et de la clé de répartition entre les acteurs de santé?
- Quelle évaluation faites-vous des subsidés mensuels que vous gagnez dans le cadre du FBR?
 - Satisfaction, autres incitations financières (ristournes, perdiems, autres indemnités)

C- Appréciations des SFE/ME sur les incitations non financières du FBR

- Pouvez-vous me parler de vos conditions de travail ?
 - Soutien personnel et professionnel : soutien dans les situations familiales et professionnelles difficiles, soutien communautaire, soutien des administrateurs, programme de mentorat professionnel, reconnaissance du travail fait, traitement équitable, esprit d'équipe, permission ou autorisation d'absence, promotion interne et concours professionnel.
 - Organisation des services et soins : qualité des soins (continuité-intégration-globalité-efficacité-équité), charge de travail, effectif et qualité du personnel de santé, qualité des infrastructures, disponibilité du matériel médicotechnique, disponibilité des médicaments et consommables médicaux, sécurité des soins, participation aux prises de décision, respect de la hiérarchie, autonomie dans la gestion, roulement du personnel, formation continue et supervision.
- Pouvez-vous me parler de vos conditions de vie ?
 - Logement décent, moyens de transport et infrastructures routières de qualité, sécurité, communication (téléphone, internet), divertissement (télévision, radio, activités ludiques), opportunités, accès aux denrées de première nécessité (marché, boutique) et eau potable.
- Pouvez-vous me parler de l'éducation des enfants ?

- Etablissement de qualité ou souhaité, bourses d'études, allocations familiales spécifiques.

D- Intention des SFE/ME de rester ou de quitter les zones rurales ou éloignées dans le contexte du FBR

- Pouvez-vous me parler de votre carrière en termes de perspectives d'avenir ?
 - Postuler au concours professionnel ?
 - Poursuivre des études supérieures
 - Travailler dans les Organisations Non Gouvernementales (ONG), projets ou les cliniques privées
 - Faire un travail parallèle
 - Quitter la profession sage-femme

E- Proposition d'amélioration de la stratégie FBR par les SF/ME

- Si vous devriez évaluer la stratégie FBR, que me diriez-vous ?
 - Incitations financières
 - Incitations non financières
- Que proposez-vous pour améliorer la retention des SFE en milieu rural ?

Merci pour votre participation!